FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PAR

Germain GROGNOT

Ancien Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

TRAITEMENT
DE
L'ANAPHYLAXIE DIGESTIVE
ET DE
L'ANAPHYLAXIE RESPIRATOIRE
PAR LA
PEPTONOTHÉRAPIE

Président : M. WIDAL, Professeur

PARIS
Imprimerie E. SOUCHON
68, RUE DE BONDY, 68
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen	M. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANCON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du sytème nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIERE

Agrégés en exercice :

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale	LABBE (Henri)	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
BASSET	Pathologie chirurgicale	LE LORIER	Obstétrique.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
BINET	Physiologie.	LEVY SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULE	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale
CADENAT	Pathologie chirurgicale	METZGER	Obstétrique.
CHAMPY	Histologie.	MOCQUOT	Pathologie chirurgicale
CHIRAY	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale
CLERC	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale
DEBRE	Hygiène.	MULON	Histologie.
I. de JONG	Anatomie pathologique	PHILIBERT	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GARNIER	Pathologie expériment.	VERNE	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.	VILLARET	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VELTER	Ophtalmologie.
HOVELACQUE	Anatomie.		

Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :

MM.	
GOUGEROT. . .	Pathologie médicale.
GUENIOT. . . .	Obstétrique.
M. RETTERER .	Histologie.

Agrégés chargés de cours de Clinique à titre permanent :

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.

Chargés de Cours :

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/traitementdelana0021vari

A Monsieur le Professeur WIDAL

en témoignage d'admiration et de gratitude pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A Monsieur PASTEUR VALLERY-RADOT

en remerciement de l'aide bienveillante
qu'il a bien voulu nous apporter dans la préparation
et la rédaction de cette thèse.

A MES AMIS, AUX MIENS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur RICARD,
Monsieur le Docteur LABEY,
Chirurgiens de l'hôpital St-Antoine - 1917.

Monsieur le Professeur CHAUFFARD,
Monsieur le Professeur DELBET,
Stage militaire 1918.

Monsieur le Docteur BAUDET,
Chirurgien de l'hôpital Bichat - 1919.

EXTERNAT (concours mars 1920).

Monsieur le Docteur KLIPPEL,
Médecin de l'hôpital Tenon - 1920.

Monsieur le Docteur CHICOTOT,
Electro-Radiologiste de l'hôpital Hérold - 1921.

Monsieur le Docteur BARBIER,
Médecin de l'hôpital Hérold - 1921-1922.

Monsieur le Docteur GUILLEMOT,
Médecin de l'hôpital Bichat - 1922.

Monsieur le Docteur COYON,
Médecin de l'hôpital St-Antoine - 1923.

Monsieur le Docteur COURTOIS-SUFFIT,
Médecin de la maison municipale de santé - 1924.

INTERNE PROVISOIRE (concours 1924)

Monsieur le Docteur THIERY,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié - 1925.

INTRODUCTION

Les travaux de M. Widal et de ses élèves ont permis de faire rentrer dans le grand groupe de l'anaphylaxie nombre d'affections d'aspect disparate, mais ayant entre elles des points communs, avant tout l'existence d'une crise vasculo-sanguine précédant leur apparition.

A l'heure actuelle, on observe en clinique deux grandes variétés d'anaphylaxie, l'une respiratoire, l'autre digestive. Nous nous proposons, à l'occasion de chacune d'elles, d'examiner les traitements qui leur ont été opposés, en retenant seulement les plus simples et ceux qui ont donné les meilleurs résultats.

L'étude de l'anaphylaxie et de ses accidents passa d'abord par une première phase, phase expérimentale.

Les nombreux auteurs qui attachèrent leur nom à ces recherches soupçonnaient déjà que l'anaphylaxie faisait partie du domaine de la clinique, mais ils ne purent en fournir la preuve.

MM. Ch. Richet, Anderson, Rosenau, Arthus, etc., réalisèrent expérimentalement les phénomènes anaphylactiques par injection parentérale d'albumines et de toxalbumines.

Comme conclusions à ces premiers travaux, Ch. Richet montrait que, pour qu'il y ait anaphylaxie, il fallait « une sensibilité plus grande à un poison, par l'injection antérieure de ce même poison, et une période d'incubation nécessaire pour que cet état de plus grande sensibilité se produise ».

Après cette étape expérimentale, l'anaphylaxie rentra dans le domaine de la clinique. MM. Hutinel, Finizio, Barbier, Finkelstein, Helberstadt étudièrent l'anaphylaxie aux œufs. On publia aussi de nombreux cas d'anaphylaxie au lait. La valeur des observations étant souvent discutable, Hutinel

et Barbier insistèrent sur ce fait qu'il convenait de distinguer l'intolérance au lait de l'anaphylaxie à cette substance.

Ch. Richet père et fils, Guy Laroche, Saint-Girons étudièrent l'anaphylaxie digestive et publièrent leurs observations à la séance de la Société de Biologie du 28 janvier 1911.

Les études de MM. Widal, Abrami et leurs collaborateurs vinrent donner la preuve que certaines urticaires étaient d'origine anaphylactique. Le 13 février 1914, à la Société Médicale des Hôpitaux, ils présentèrent un malade atteint d'urticaire et d'œdème de Quincke, survenant après chaque ingestion d'*albumines animales*. Ils montrèrent que, deux heures après le repas, leur malade présentait une *crise hémoclasique*, l'urticaire survenant six heures et demi après celle-ci. Il y avait donc dans ce cas une crise vasculo-sanguine comparable à celle que l'on produit dans l'anaphylaxie expérimentale.

Deux ans plus tard, MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot, à l'occasion d'un cas d'urticaire géante, montraient que cet accident peut se produire, aussi bien après l'ingestion d'*albumines végétales* qu'après l'ingestion d'albumines animales.

Cet ensemble de travaux confirmait l'*existence d'une anaphylaxie digestive*.

D'autre part, on avait souvent rapproché l'évolution de la crise d'asthme de celle des phénomènes observés au cours de l'anaphylaxie expérimentale. Quelques mois après sa premières communication, M. Widal et ses collaborateurs, Lermoyez, Abrami, Brissaud et Joltrain, montrèrent que, chez un *asthmatique* sensibilisé au mouton et pour qui l'approche de cet animal déterminait une attaque d'asthme, on retrouvait encore une *crise vasculo-sanguine précédant les troubles respiratoires*.

Enfin, en 1921, MM. Pasteur Vallery-Radot, Haguenau et Watelet d'une part, J. Lermoyez d'autre part, montraient qu'au cours du *coryza spasmodique* existait également une crise vasculo-sanguine.

Les auteurs américains avaient déjà montré par l'épreuve des cuti-réactions que le *rhume des foins* devait rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie.

Ainsi, l'*asthme*, le *coryza spasmodique*, le *rhume des foins* sont des syndromes qui doivent rentrer dans le cadre de l'*anaphylaxie respiratoire*.

TRAITEMENT DE L'ANAPHYLAXIE DIGESTIVE PAR LA PEPTONOTHÉRAPIE

(*Voie Intestinale*)

Il était naturel, dans le traitement des affections anaphylactiques d'origine digestive, d'essayer d'obtenir une désensibilisation en habituant l'organisme progressivement à supporter la substance nocive.

Les Américains pratiquèrent des injections sous-cutanées à doses croissantes de la substance sensibilisante.

Mais c'est une méthode qui peut être dangereuse, et puisqu'il s'agit, en l'espèce, d'anaphylaxie digestive, il était plus rationnel d'employer la voie digestive pour le traitement.

M. Lesné, chez une enfant anaphylactisée aux œufs, supprima ceux-ci de l'alimentation. L'état général redevint excellent. Puis il tenta de donner des œufs très cuits mélangés à de la farine et en petite quantité ; ils furent bien supportés. On les donna ensuite sous forme de soufflés, puis nature. La désensibilisation s'obtint, mais dura plusieurs années, car elle dut être interrompue.

Schœffield désensibilisa un malade par des doses infimes, progressivement croissantes d'œuf.

Il s'agissait dans ces cas de désensibilisation spécifique. C'est à MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot que revient le mérite d'avoir trouvé une méthode de désensibilisation non spécifique, ceci à propos du malade sensibilisé aux albumines animales et végétales dont nous avons déjà parlé. Nous rappellerons leur observation :

Cet homme, âgé de 29 ans, fut pris brusquement de poussées d'urticaire en mars 1915. Cette urticaire évolua au début suivant le type de la maladie de Quincke : œdèmes de la face tuméfiant l'œil, l'oreille, la moitié du front et du cou, durant plusieurs heures, et s'effaçant sans laisser de trace.

Les jours suivants, des poussées d'urticaire apparurent en diverses régions, se reproduisant chaque jour.

Ces auteurs recherchèrent s'il n'y avait pas de relation entre les accidents observés et l'alimentation du malade. Mis à la diète hydrique pendant 72 heures, les poussées d'urticaire disparurent.

Remis au régime normal, elles reprirent. Avec une alimentation strictement végétale, l'urticaire fut moins forte ; les poussées furent violentes après absorption de lait ou d'œufs.

L'urticaire était bien due à l'alimentation, se produisant après l'ingestion de toutes les albumines, moins intense cependant au cours d'un régime végétarien.

L'on rechercha alors s'il y avait des modifications humorales au cours des crises d'urticaire.

Après l'ingestion d'albumines végétales apparut une crise hémoclasique.

Le sujet étant remis à la diète pendant trois jours, on lui donna un repas d'albumines animales. Après l'ingestion, même crise vasculo-sanguine : chute de la tension artérielle et du nombre des leucocytes. Vingt minutes après, poussée d'urticaire qui se poursuit, alors que les leucocytes et la tension reviennent à la normale.

On pouvait conclure à l'existence d'une crise vasculo-sanguine après l'ingestion d'albumines végétales ou animales. Après un repas ne contenant pas d'albumines, aucun phénomène anormal n'apparaissait et l'on observait de la leucocytose et l'élévation de la tension artérielle habituelle au cours de la digestion.

On précisa encore qu'au cours de la crise, il y avait inversion de la formule leucocytaire et rapidité plus grande de la coagulation sanguine.

Des différents traitements institués, le chlorure de calcium, l'adénaline en injection, l'autohémothérapie restèrent sans résultat.

Partant des travaux de Besredka sur la skeptophylaxie par voie parentérale, MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot se demandèrent si l'on ne pouvait pas faire la skeptophylaxie par voie digestive.

Le 29 septembre, le malade prend, 1 *heure avant le repas*, 2 grammes de pain et 6 grammes de pommes de terre.

Le repas lui-même est composé d'albumines végétales. Il n'amène aucun trouble.

D'autres essais furent tentés pour d'autres aliments. Chaque fois que le malade ingérait, une heure avant le repas, un repas « en miniature », il n'avait pas d'accident d'urticaire.

Cependant cette skeptophylaxie spécifique était difficile à appliquer. Il y avait donc intérêt à chercher si l'on pouvait utiliser une skeptophylaxie non spécifique. Les auteurs se demandèrent si l'on ne pouvait donner au malade une petite quantité d'albumines non spécifiques : des peptones. On sait que, dans le cycle de la digestion, les diverses albumines se transforment en peptones. MM. Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot essayèrent donc de donner à leur malade un cachet de 0 gr. 50 de peptone une heure avant le repas. Ils obtinrent un plein succès, le repas ne fut accompagné ni de crise vasculo-sanguine, ni d'urticaire.

Tout repas qui n'était pas précédé d'une ingestion de peptone s'accompagnait d'une crise urticarienne.

Après quelques semaines de ce traitement skeptophylactique, consistant à donner 0 gr. 50 de peptone une heure avant chacun des trois repas, le malade fut désensibilisé et put ingérer toutes les albumines sans prendre, au préalable, de la peptone.

Cette méthode était donc à la fois skeptophylactique et désensibilisatrice vis-à-vis des accidents d'anaphylaxie digestive.

De cette étude, résultaient deux variétés de traitements des troubles produits par l'anaphylaxie digestive :

1° Une skeptophylaxie spécifique par ingestion préalable d'une petite dose du produit nocif ;

2° Une skeptophylaxie non spécifique par ingestion d'albumines hétérogènes banales (peptones). Cette skeptophylaxie était en même temps désensibilisatrice.

***

SKEPTOPHYLAXIE SPÉCIFIQUE

Cette méthode de skeptophylaxie spécifique par voie digestive, obtenue en donnant *une heure* avant la dose totale une *quantité minime* de l'albumine ou du cristalloïde produisant les accidents anaphylactiques, est totalement différente du procédé de désensibilisation progressive que nous avons vu employer chez les malades de MM. Lesné et Schœffield.

Par la skeptophylaxie, on ne cherche pas à habituer l'organisme à supporter des doses de plus en plus fortes de la substance nocive, on empêche temporairement le choc anaphylactique de se produire et, par la répétition de la skeptophylaxie, on arrive à une désensibilisation.

Quand on connaît la cause de l'anaphylaxie, on parvient, par cette méthode, à de très bons résultats.

Chez un jeune homme sensibilisé aux crustacés, MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot, en donnant, une heure avant un repas comprenant du homard ou de la langouste, gros comme un dé à coudre de ces crustacés, empêchent la crise d'urticaire de se produire. S'il omettait cette précaution, le malade présentait une forte poussée.

Il en fut de même pour des cas d'anaphylaxie aux œufs, si les malades prenaient, avant le repas, une quantité minime d'œuf frais ou de crème préparée avec des œufs.

MM. Héran et Saint-Girons appliquèrent cette technique à des cas d'anaphylaxie médicamenteuse. Chez un sujet, l'absorption de quarante centigrammes de quinine déclanchait une crise d'urticaire. Celle-ci fut évitée par l'ingestion préalable de cinq milligrammes de cette substance.

Aux Etats-Unis, O'Malley et De Wayne utilisèrent la skeptophylaxie dans un cas identique. Malade présentant, cinq minutes après l'ingestion de quinine, un érythème rouge vif, d'abord localisé, puis généralisé, s'accompagnant de prurit, de dyspnée et de céphalée. L'absorption de plus de 3 centigrammes de quinine déchaînait ces accidents. La cuti-réaction à la quinine était fortement positive. On donna, une heure avant l'absorption du médicament 5 milligram-

mes de quinine et le malade put impunément absorber 10 centigrammes de sel. En augmentant progressivement la deuxième dose, on put faire prendre 2 grammes au dixième jour. En même temps, la cuti-réaction était devenue moint nette.

Il en fut de même chez une malade sensibilisée à l'antipyrine étudiée par MM. Widal et Pasteur Vallery-Radot.

Cette méthode n'est pas toujours facile à suivre. Enfin, dans bien des cas, l'anaphylaxie est déterminée par des protéines variées ou bien l'on ne connaît pas les protéines sensibilisantes. Il est donc infiniment plus pratique de remplacer l'ingestion des aliments à petites doses par l'ingestion des dérivés albuminoïdiques, les peptones.

***

SKEPTOPHYLAXIE NON SPÉCIFIQUE

Les peptones sont *skeptophylactiques* vis-à-vis des diverses albumines, et après une action plus ou moins prolongée, il s'en suit une *désensibilisation* de l'organisme : on peut finalement supprimer la peptone sans que les accidents se reproduisent.

Dans cette thérapeutique, il nous faut insister sur deux ordres de fait : l'horaire précis pour l'absorption de la peptone, la qualité de celle-ci.

MM. Pagniez et Pasteur Vallery-Radot ont déja insisté sur le premier point. La peptone doit être donnée *une heure avant le repas*, quand la digestion du repas précédent est complètement terminée. Il est donc impossible de traiter des enfants âgés de moins d'un an. De un à deux ans, on pourra donner quatre repas légers par jour et employer la peptone entre temps. Après deux ans, on ne donnera plus que trois repas et l'administration de la peptone en sera facilitée.

Il faut *proscrire toute alimentation ou boisson* (si ce n'est de l'eau) *entre les repas*.

On donnera enfin la peptone avant tous les repas, sans oublier le déjeuner du matin, même s'il est peu abondant.

Intéressante à ce point de vue est l'observation N° 7. M. H..., 39 ans, présente depuis six ans de l'urticaire. Vu le 2 *octobre* 1925. On le met au régime et on lui donne à prendre 10 jours sur 15 de la peptone une heure avant chaque repas.

Le 22 octobre 1925, le malade revient et ne présente que peu d'amélioration.

Il avoue n'avoir pris sa peptone qu'irrégulièrement. On lui explique la nécessité d'un régime strictement appliqué et d'un traitement suivi.

Le 2 décembre 1925, le malade revient consulter et n'a plus que rarement des poussées légères et fugaces d'urticaire.

Voir également l'observation N° 4.

La *dose* de peptone sera de 0 gr. 50 chez l'adulte, 0 gr. 25 chez l'enfant.

Afin que l'organisme ne s'y accoutume pas, la peptone ne devra pas être donnée trop longtemps de suite. Nous la donnons habituellement pendant dix jours consécutifs. Après un arrêt de cinq jours, on reprend le traitement dix jours. Alternant les périodes de repos et de traitement, on continue jusqu'à désensibilisation de l'organisme.

En dehors de ces points, le choix de la peptone a une grande importance.

Si les peptones ont une action polyvalente et réalisent par conséquent une skeptophylaxie, on ne saurait cependant donner indifféremment n'importe quelle peptone.

M. A. Lumière signala la nécessité d'administrer, dans certains cas, une peptone spéciale. « Si la peptonothérapie préprandiale ne réussit pas toujours, dit-il, c'est qu'il y a plusieurs formes de peptones, et comme la sensibilisation est spécifique, seule, la peptone qui aura déterminé l'anaphylaxie pourra conduire à la désensibilisation. »

Etant donné la spécificité de l'anaphylaxie au lait et aux œufs, il y a intérêt à utiliser des extraits d'œuf et de lait associés à la peptone; c'est pourquoi M. Lesné a pu dire au cours de la réunion de la Société de Pédiatrie du 18 et 20 mai 1925 : « il y aura avantage à pratiquer la désensibilisation avec un mélange de plusieurs peptones (*lait*, viande, poisson, *œufs*). »

On ne saurait cependant aller plus loin dans cette voie et ce serait une erreur de vouloir associer un trop grand nombre de peptones ou d'extraits albuminoïdiques. La peptone de viande et de poisson est suffisante pour réaliser la skeptophylaxie, aussi bien pour les albumines végétales que pour les albumines animales; il y a lieu seulement d'y ajouter des extraits d'œuf et de lait en quantité infinitésimale pour réaliser la skeptophylaxie anti-lait et anti-œuf.

Ces raisons nous ont amené à utiliser au lieu d'une peptone monovalente (peptone de viande) une peptone polyvalente comprenant : peptone de viande o gr. 15, peptone de poisson o gr. 10, extraits de lait et d'œufs de chaque 0,01; c'est cette préparation que nous avons employée dans le traitement des manifestations anaphylactiques d'origine digestive et que nous appelons dans nos observations *peptones polyvalentes* ou *peptones associées*.

MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier, dans le traitement du strophulus par voie buccale, ont observé, avec cette peptone polyvalente, les résultats les meilleurs, les plus rapides et les plus durables.

Chez quelques-uns de nos malades, cette préparation a amené la guérison, alors que la peptone pure n'avait donné que peu ou pas d'amélioration.

M. M..., Louis, 19 ans (Obs. n° 3), traité à Saint-Louis pour urticaire et œdème de Quincke, avait pris des cachets de o gr. 50 de peptone sans résultat.

Le 16 *avril* 1925, il est mis au régime végétarien, on lui donne des purgations légères et, avant chaque repas, o gr. 50 de peptone polyvalente.

Le 10 *mai*, les poussées d'urticaire ont à peu près disparu.

Le 11 *décembre*, bien qu'il ne suive plus de régime et n'ait pas pris de peptone depuis trois mois, les crises d'urticaire sont rares et légères.

Voir également Obs. n° 1.

La peptonothérapie par voie buccale a été utilisée dans de nombreux cas. Nous allons passer en revue ses applications.

RÉSULTATS DE LA PEPTONOTHÉRAPIE PAR VOIE DIGESTIVE

URTICAIRE

Dans le traitement de l'urticaire, il est important d'essayer de déterminer si l'on se trouve en présence d'un malade atteint de troubles éphémères, ou s'il s'agit d'un sujet véritablement sensibilisé dont les accidents se répètent et pour lequel la thérapeutique désensibilisatrice doit être mise en jeu.

Il ne faut pas oublier, tout en appliquant les méthodes de désensibilisation, que les troubles de déséquilibre humoral sont en rapport fréquemment avec des altérations viscérales qui modifient le terrain et leur permettent de se manifester. On a fait jouer un grand rôle aux glandes vasculaires sanguines, au système nerveux par ses réactions vagotoniques ou sympathicotoniques. Souvent une thérapeutique dirigée dans ce sens aidera avec profit la peptonothérapie.

La peptonothérapie donne, dans l'urticaire, des résultats remarquables.

Sur 11 observations d'urticaire que nous rapportons, 7 malades ont vu leurs poussées disparaître, 2 sont très améliorés. Chez les deux derniers, enfin, nous n'avons eu aucun résultat.

Nous avons suivi la plupart de ces malades avec MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier, et c'est à leur obligeance que nous devons les observations suivantes :

Observation I. — M. G..., 29 ans, cuisinier

7 *février* 1925. — Vient consulter pour poussées d'*urticaire*. Celles-ci sont particulièrement intenses. Larges placards orlés très prurigineux.

L'urticaire est apparue à dix-sept ans, après une piqûre de sérum antinétanique. La première crise a duré trois semaines. A présenté ensuite, jusqu'à vingt-quatre ans, deux à trois poussées par an.

Depuis juin 24, poussées tous les jours allant en s'aggravant. L'alimentation ne semble pas avoir d'influence sur les poussées. Pas d'autre accident anaphylactique.

Sa mère avoit fréquemment de l'urticaire. Rien chez ses frères et sœurs.

Des traitements nombreux ont été institués sans résultat ; entre autres : autohémothérapie, 8 injections ; adrénaline per os.

Traitement : régime. Peptones associées avant chacun des trois principaux repas.

14 *février* 1925. — Vingt-quatre heures après l'institution du traitement, l'urticaire a disparu. N'en a pas eu depuis six jours. Leucocytes 3.500.

Polysneutrophiles	50
Eosinophiles	0,5
Lymphocytes	41
Mononucléaires grands et moyens	9

21 *février* 1925. — A pris des peptones jusqu'au 17. Depuis, trois repas avec pain grillé, sans poisson, charcuterie, ni œufs. N'a pas d'urticaire.

28 *février* 1925. — Réapparition de l'urticaire, il y a quatre jours, sur tout le corps, mais en placards moins larges. A suivi régulièrement son régime, *mais ne prenait plus de peptone.*

7 *mars* 1925. — A repris de la peptone tous les jours, présente néanmoins un peu d'urticaire sur les membres.

14 *mars* 1925. — On a supprimé les peptones, le malade prend 40 gouttes d'adrénaline depuis huit jours, les poussées d'urticaire ont réapparu avec leur intensité première.

On donne *peptone de viande et poisson* trois fois par jour.

18 *mars* 1925. — *Aucun résultat*, poussées d'urticaire généralisées avec œdème de la face.

Purgation. Bouillon de légumes et lait.

28 *mars* 1925. — A eu de violentes poussées les 18, 19, 20, 21. On donne *peptone polyvalente* à prendre dans de l'eau une heure avant le repas.

Juillet 1925. — A la suite de ce traitement, l'urticaire a diminué, puis a disparu.

8 *mars* 1926. — N'a plus eu d'urticaire, mange n'importe quel aliment.

Chez ce malade, la désensibilisation a été assez longue à obtenir, le début de son traitement datant de février 1925;

l'urticaire a cédé en août de la même année. Le résultat est excellent, car nous avons revu le malade en mars 1926 et, depuis huit mois, il n'a présenté aucun accident. L'action de la peptone, dès les premiers jours, est rapide, l'ingestion une heure avant le repas empêche la poussée d'apparaître.

Onze jours après le début du traitement, la peptone étant supprimée, il présente, à nouveau, une poussée déjà plus légère.

Cependant, dans le courant de mars, la peptone ne semble plus avoir la même action empêchante. Abandonnée momentanément pour l'adrénaline, nous voyons les crises réapparaître avec leur intensité première.

On donne alors une *peptone bivalente sans résultat.*

La peptone polyvalente étant reprise, amélioration qui devient définitive. L'urticaire a donc été *supprimée par la peptone polyvalente.*

Observation II. — M. P., nickeleur, 29 ans.

12 *juin* 1925. — Consulte pour *urticaire.* Début, il y a six semaines (a déjà eu des poussées il y a un an), a fait son apparition après absorption de 0,50 d'aspirine. Est surtout marquée le soir et le matin au réveil. Peu prurigineuse.

Traitement : peptones associées avant chacun des trois principaux repas, 8 jours sur 12.

3 *juillet* 1925. — L'urticaire a diminué. Peu d'éléments lors des nouvelles poussées très peu prurigineuses. 8 jours de repos, 8 jours de peptones.

6 *mars* 1926. — N'a plus eu d'urticaire de juillet 1925 à janvier 1926. Les crises ont réapparu à ce moment. On redonne des peptones. Les poussées s'arrêtent 15 jours, puis reprennent, existant surtout sur les poignets le matin au réveil. On donne alors des peptones associées trois fois par jour. En plus, il prend 30 gouttes de solution d'adrénaline.

Avril 1926. — L'urticaire a cédé.

Dans la suite, le malade n'a plus présenté de poussées nouvelles.

Observation III.

M. M... Louis, 19 ans, employé

16 *avril* 1925. — Présente depuis deux ans une *urticaire* généralisée, surtout marquée le matin, s'accompagnant parfois d'œdème des lèvres et des paupières. Extrêmement prurigineuse.

Prurit exagéré par les boissons ou aliments excitants ou épicés. Pas de trouble digestif. A été soigné à Saint-Louis. Auto-hémothérapie : 6 piqûres.

Peptone, 0,50. $CaCl^2$ per os, sans résultat.

Traitement : mis au régime végétarien. Purgations légères, peptones associées.

10 *mai.* — Disparition à peu près complète des poussées d'urticaire.

11 *décembre* 1925. — A encore un peu d'urticaire, mais très légère, bien qu'aucun régime spécial ne soit observé. N'a pas pris de peptones depuis trois mois. Remis à peptones associées, 10 jours sur 15.

1er *février* 1926. — Présente encore parfois de légères poussées d'urticaire avec œdème le matin (en dehors des repas), à moins qu'il ne mange un aliment urticariant. On continue le traitement.

Amélioration considérable par les peptones. Au lieu de survenir tous les matins, les crises sont devenues de plus en plus rares et plus estompées.

Observation personnelle IV.

Mme C..., 30 ans, artiste

Avril 1926. — Mme C... présente depuis un an des poussées *d'urticaire* survenant actuellement après chaque repas. Ne se produisant d'abord qu'après l'ingestion de poissons ou de crustacés, elles surviennent maintenant, quelle que soit l'alimentation.

Poussées localisées aux poignets, peu d'éléments, mais très prurigineux.

Présente des migraines fréquentes qui ne semblent pas d'origine anaphylactique.

Traitement : Peptones associées, 10 jours sur 15.

Mai 1926. — Amélioration réelle, mais incomplète, la malade ne suivant pas régulièrement son traitement, prenant irrégulièrement ses peptones et à heures irrégulières. Quand les peptones sont bien prises, une heure avant les repas, l'urticaire n'apparaît pas.

Une amélioration plus marquée pourra peut-être être obtenue chez cette malade, qui ne prenait pas d'abord ses peptones à heures régulières, et qui, en outre, absorbe encore des aliments (thé, bonbons, chocolats) entre ses repas.

Observation VI.

Mme C..., 36 ans

20 *septembre* 1925. — Vient consulter pour crises d'*urticaire* survenues depuis 15 jours.

Rien dans les antécédents. Malade bien réglée, présentant des migraines au moment des règles. Ces migraines ont disparu depuis un an. *Constipation depuis deux mois.* Langue saburrale.

Examen : urticaire généralisée, prurit intense, il ne semble pas qu'il y ait de rapport avec l'ingestion d'aliments spéciaux.

Traitement : la malade est mise au régime, suppression du pain, de la viande, du poisson.

On donne, avant chaque repas, *des peptones associées.* Urticaire en régression vers le quatrième jour.

1er *octobre* 1925. — Amélioration nette. Crises irrégulières d'urticaire. *Régularisation des selles.*

24 *octobre* 1925. — Le malade ne présente plus d'urticaire. Retour au régime normal. Peptones associées 3 fois par jour pendant six jours, avec arrêt de quatre jours.

Novembre 1925. — Présente encore parfois de légères poussées, mais extrêmement fugaces.

Bon résultat obtenu par peptones associées.

La peptone agit fréquemment sur les troubles digestifs, quand ceux-ci sont d'origine anaphylactique; on voit souvent par la peptonothérapie disparaître les sensations de pesanteur, les bouffées de chaleur après le repas. Parfois, comme dans cette observation, une constipation prolongée cède en même temps que les accidents cutanés s'améliorent.

Observation VII. — M. H..., 39 ans

2 *octobre* 1925. — Présente des poussées d'*urticaire* depuis six ans. Crises presque tous les jours, surviennent surtout après les repas, plus marquées sur les parties génitales, elles s'accompagnent d'un prurit intense.

La pression du doigt sur la peau amène une réaction vasomotrice sans dermographisme net.

Examen : emphysème, bronchites fréquentes. A déjà reçu des injections d'auto-sang, aucun résultat.

Traitement : régime, peptones associées, 10 jours sur 15.

22 *octobre* 1925. — Peu d'effet du traitement. A toujours de l'urticaire, mais a pris sa peptone de façon irrégulière.

2 *décembre* 1925. — L'urticaire va beaucoup mieux. Présente par contre un dermographisme net qui n'existait pas il y a un mois.

Du 15 *décembre* 1925 *au* 9 *janvier* 1926. — 12 séances de rayons ultra-violets de 10 minutes.

22 *janvier* 1926. — Autohémothérapie 20 cm^3.

5 *février* 1926. — A reçu 10 injections d'auto-sang depuis le 15 janvier 1926. Le prurit a à peu près disparu. Dermographisme non diminué. Plus d'urticaire.

6 *mars* 1926. — Réapparition du prurit avec maux de tête, insomnies, étourdissements.

20 *mars* 1926. — Prend des granules de solanine. A toujours du prurit.

23 *avril* 1926. — L'urticaire n'a pas réapparu, le prurit et le dermographisme persistent.

Observation VIII. — M. A..., 30 ans.

17 *mai* 1925. — Présente du *rhume des foins* depuis 8 à 10 ans, soit à Paris, soit à la campagne. Début vers le 15 mai jusqu'au 15 juillet. Picotement des yeux, larmoiement, injection de la conjonctive, hydrorrhée nasale, éternuements et asthme.

La première année, n'a eu qu'un syndrome oculo-nasal, mais, dès la seconde année, a eu en plus de l'*asthme* la nuit, pendant le jour essoufflements.

A eu deux fois la diphtérie, sérothérapie à 4 ans et à 18 ans. A eu la dernière fois de l'*urticaire* géante, huit jours après l'injection de sérum.

Quatre ou cinq ans après cet accident, apparaît le rhume des foins. Son état humoral a pu être perturbé par les injections sériques.

Traitements suivis : Mont-Dore, se sent bien pendant la cure.

Il y a un an, M. Lian lui a fait trente injections intramusculaires de peptone de Witte. Ces injections jugulent les crises de rhume des foins en une heure, *mais sont suivies de migraines*, de nausées et de fièvre.

En dehors de son rhume des foins, présente encore de l'*urticaire*. S'est reproduite sans cause l'année qui suivit sa diphtérie. Cette urticaire persistant, on lui a fait de l'autohémothérapie, 8 injections, une tous les deux jours. Le malade prit, en même temps, des peptones, l'urticaire a disparu très rapidement.

Il y a trois mois, nouvelle poussée d'urticaire arrêtée immédiatement par des peptones associées.

Il s'agit ici d'un cas mixte. Depuis le traitement par la peptone, l'urticaire n'a pas réapparu. Il serait intéressant de savoir si la peptone « per os » aura une action sur le rhume des foins qui, l'an dernier, a cédé après une diète de trois jours.

Observation IX. — M. l'abbé B..., 60 ans.

9 *mars* 1926. — Présente de l'urticaire tous les jours depuis deux mois, survient sans cause apparente, à des heures variables. Prurit intense. Le grattage fait apparaître l'urticaire.

Autohémothérapie a été faite sans résultat.

Traitement : peptones associées une heure avant chaque repas.

Aucun résultat.

Observation X. — Mlle C..., 32 ans

Urticaire depuis trois ans. A persisté, depuis, n'ayant cédé que pendant trois semaines lors d'un séjour à La Bourboule.

Apparition irrégulière dans son horaire, mais poussée tous les jours, sous forme de petits placards en n'importe quel point du corps.

A eu jusqu'en 1916 de fortes migraines qui ont disparu depuis.

Traitement : On supprime les albuminoïdes animales de l'alimentation : Résultat nul. Autohémothérapie : Peu d'action. Peptones associées pendant six semaines avec arrêt d'une semaine.

20 *mai* 1926. — L'urticaire diminue les premiers jours, puis réapparaît.

Résultat nul.

Observation XI. — Personnelle. — M. X..., 28 ans.

10 *octobre* 1925. — Ce malade présente depuis 1919 des poussées d'*uticaire* extrêmement violentes survenant après l'absorption de crustacés. N'avait présenté, au début, que quelques éléments au niveau des poignets et de la nuque. En 1920, étant au bord de la mer, après un repas presque exclusivement composé de crustacés, eut une poussée généralisée (avait des éléments urticariens jusque sur le cuir chevelu) accompagnée de prurit intense. Cette poussée se prolongea 24 heures. Depuis, chaque fois qu'il essaie de manger du homard ou de la langouste, poussée intense.

Traitement : Peptones polyvalentes pendant 10 jours.

21 *octobre* 1925. — Le malade est enchanté, il a même pu manger, le 10e jour du traitement par les peptones, un demi-homard sans accident.

Continue son traitement avec repos de 10 en 10 jours.

20 *décembre.* — N'a pas pris de peptone depuis dix jours. A présenté la veille une poussée légère après absorption de langouste. Continue son traitement.

15 *mars.* — N'a plus d'urticaire, quelle que soit l'alimentation. Ne prend plus de peptones depuis un mois.

Désensibilisation obtenue en 4 mois.

Observation XII. — Mlle Madeleine N..., 15 ans et demi,

Il est enfin une observation, particulièrement suggestive, que nous avons suivie en détail avec MM. Pasteur Vallery-

Radot et Blamoutier. Cette observation a la valeur d'une expérience.

Bien souvent on incrimine les mets épicés comme cause d'urticaire. Il nous semble, par l'observation que nous allons rapporter, que, si les mets épicés provoquent de l'urticaire, c'est vraisemblablement par l'irritation qu'ils déterminent sur la muqueuse intestinale. La muqueuse irritée permet le passage dans la circulation d'albumines non désintégrées, d'où la crise ortiée.

Mlle N... est venue consulter le 5 novembre 1925 pour œdème de la face survenant le matin sans cause apparente, surtout marqué au niveau des lèvres, en particulier de la lèvre supérieure, des pommettes et des paupières.

Cet œdème ne s'accompagne pas de prurit. Il disparaît le plus souvent en quelques heures, mais persiste parfois toute la journée.

Depuis 4 ans, et cela 3 ou 4 fois dans l'année, la malade présente de l'œdème des lèvres.

Au mois d'août 1924, elle a présenté une poussée d'urticaire généralisée peu prurigineuse. Cela après un repas composé, croit-elle, de poisson et de rôti de porc qu'elle a mangé en l'épiçant avec de la moutarde. Depuis, elle a présenté parfois des poussées très légères d'urticaire.

Depuis trois mois l'œdème de Quincke survient toutes les semaines ou tous les 15 jours.

La malade ne présente aucun autre accident anaphylactique. Aucun antécédent personnel ni héréditaire.

L'attention est attirée vers ce fait, que la malade et ses parents ont, d'ailleurs constaté, que les accidents surviennent surtout après les repas au cours desquels les aliments ont été relevés avec de la moutarde.

On fait prendre à cette jeune fille, à chaque repas, un peu de moutarde.

Le 19 novembre 1925, Mlle N... revient. Elle a présenté de l'urticaire et un peu d'œdème de la face quelques heures après les repas comprenant de la moutarde.

Les repas non épicés ne provoquent pas d'urticaire.

Sachant que c'est bien la moutarde qui est l'agent nocif, nous essayons l'action de l'ingestion d'une dose infime de

moutarde avant un repas comprenant cet épice. L'urticaire apparaît.

Nous essayons alors de donner 0 gr 50 de peptone, une heure avant un repas comprenant de la moutarde. Pas de poussée d'urticaire.

De cette action empêchante de la peptone, on peut donc conclure que Mlle N... n'est pas sensibilisée à la moutarde. Ce n'est pas la moutarde qui déclanche la crise, mais elle la prépare vraisemblablement en irritant la muqueuse digestive. Les albumines passent insuffisamment désintégrées dans le torrent circulatoire donnant lieu à un choc qui se traduit par la poussée d'œdème.

Cette observation nous semble avoir un intérêt particulier. Elle montre que l'urticaire déclanchée apparemment par les mets épicés n'est en réalité qu'une urticaire par sensibilisation aux albumines de la digestion, les épices n'étant que la cause préparante.

Cette observation montre, d'autre part, que, lorsqu'on incrimine les mets épicés à l'origine de l'urticaire, on peut empêcher les crises d'apparaître par la peptonothérapie.

La peptone doit donc être utilisée dans tous les cas d'urticaire d'origine digestive, quelle que soit la cause présumée de sensibilisation.

De ces observations, nous pouvons dégager la conduite à tenir dans le traitement de l'urticaire.

1° *Régime alimentaire :* utile seulement dans les cas anciens ou quand les poussées sont intenses. On écartera les aliments urticariants ;

2° *Fixation de l'heure des repas.* — Un repas à 8 heures du matin. Le deuxième à midi ou 1 heure. Le dernier à 7 heures ou à 8 heures. Nécessité absolue de ne rien absorber entre les repas ;

3° Prendre *une heure avant chaque repas*, 0 gr. 50 de peptone 10 jours sur 15, ou mieux une peptone polyvalente aux doses déjà indiquées;

4° Retour progressif à un régime normal quand les accidents cèdent ;

5° Ne cesser la peptonothérapie que lorsque la désensibilisation est obtenue.

6° Les traitements adjuvants : Adrénaline, opothérapie, etc., varient avec chaque cas.

PRURITS - DERMATOSES - ERYTHROSE

Le vaste domaine des affections cutanées est encore obscur. Les dermatoses les plus fréquemment observées sont peut-être celles dont les causes, sans doute parce qu'elles sont multiples, nous échappent le plus complètement. M. Louste écrivait à propos de l'eczéma : « L'eczéma n'est pas une maladie abstraite; elle se manifeste sur une partie, sur un tissu du malade, mais elle atteint le malade lui-même, qu'on la considère comme une réaction cutanée d'un état général, ou comme une lésion locale retentissant sur l'état général. »

Presque toutes les dermatoses, comme y insiste M. Ravaut, sont le reflet d'une disposition morbide interne. L'expérimentation biologique et physiologique est parvenue, dans certains cas, à déterminer les causes des symptômes cutanés et à reproduire ceux-ci. Tel est le cas pour les dermatoses dites de « sensibilisation ».

Certaines affections cutanées, formant un groupe encore mal délimité, sont actuellement considérées comme dues à une sensibilisation de l'organisme.

Certains prurits, quelques formes d'eczéma, le prurigo, ont été, en même temps que l'urticaire, considérés comme des manifestations anaphylactiques. Après les travaux de MM. Widal et Abrami, Pasteur Vallery-Radot et Pagniez, montrant que ces syndromes rentraient parfois dans le groupe des anaphylaxies digestives, il devenait rationnel de traiter ces affections par la peptonothérapie par voie buccale.

Ultérieurement, MM. Pasteur Vallery-Radot et Fatou, étudiant l'érythrose post-prandiale, purent mettre en évidence, après un repas d'albumines donné à des érythrosiques, une crise leucocytaire des plus nettes, s'accompagnant de rougeur de la face. Cette manifestation rentre donc encore dans le cadre de l'anaphylaxie digestive.

LES PRURITS

Les prurits ne s'accompagnant pas de manifestation cutanée sont assez rares. Nous ne pouvons, à ce sujet, que résumer une des observations publiées par **M. Louis Ramond.**

Mme X..., 52 ans, souffre, depuis la ménopause survenue à 48 ans, d'un prurit intolérable survenant surtout l'après-midi entre 5 et 7 heures et dans la nuit. Il n'existe aucune lésion cutanée, ni papule prurigineuse, ni plaque d'urticaire. De nombreux dermatologistes ont été consultés, aucun traitement externe ou interne n'a donné de résultat. L'opothérapie ovarienne a échoué. Le 20 février 1919, on prescrit des cachets de peptone, une heure avant les repas. En quinze jours, l'amélioration est remarquable. En un mois, le prurit a disparu. Fin novembre 1919, la malade est revue ; le prurit n'a pas reparu.

LES DERMATOSES

Comme cas de dermatose anaphylactique, nous signalerons le malade de MM. Widal, Abrami et Joltrain, qui, dès qu'il était en contact avec de l'émétine, présentait des placards de dermite érythémato-vésiculeuse. Pareil exemple a été fourni par MM. Gougerot et Blamoutier pour l'huile de cade, la poudre de palissandre, certaines préparations mercurielles ; par Parisot et Simonin pour certains produits alimentaires (pois); pour le pollen de certaines plantes par White, Spillmann et Thibierge.

a) **Eczéma.** — Dans quelques cas d'eczéma survenu chez des enfants, on a pu obtenir de bons résultats par l'emploi de la peptone.

Il s'agissait, en général, d'eczéma dû à l'absorption de lait ou d'œufs, cessant dès qu'on supprimait ces aliments. L'administration de peptone une heure avant le repas a amené la suppression des troubles cutanés.

b) **Le Prurigo.** — Le prurigo simple aigu de Brocq, ou strophulus, est surtout une affection du jeune enfant analogue à l'urticaire; sa pathogénie a été assimilée à celle de cette dermatose.

MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier, puis M. Dentan dans le service de M. Pasteur Vallery-Radot, traitant le strophulus par la peptonothérapie, ont obtenu des résultats remarquables. Ils insistent sur l'existence de troubles digestifs chez les enfants atteints de cette affection. « La plupart ont eu, disent les parents, « une crise d'entérite », avant le début de leur dermatose ; certains sont constipés, d'autres, au contraire, diarrhéiques ; beaucoup ont un gros ventre ; nombreux sont ceux qui ont des fermentations intestinales. Presque tous ont une alimentation défectueuse ; ou ils sont suralimentés, ou ils reçoivent une nourriture qui ne convient pas à leur âge. Il faut donc veiller au régime en même temps que l'on institue la thérapeutique par la peptone. »

La réduction du nombre des repas s'imposant, on ne pourra traiter des enfants de moins d'un an.

De 12 à 30 mois, on donnera par jour 4 repas à quatre heures d'intervalle, *interdisant tout aliment entre les repas.*

A partir de 2 ans 1/2, on ne donnera plus que trois repas, à 8 heures, 13 heures et 19 heures. Ces repas comporteront chacun une quantité égale d'aliments. On interdira le pain, les gâteaux, les œufs, le poisson, la viande de porc. On ne donnera ni cervelle, ni riz de veau, ni aliment gras ou épicé. On écartera du régime le bouillon de viande, les choux, les tomates. La peptone sera donnée, comme nous l'avons déjà indiqué, et de préférence délayée dans un peu d'eau. Le traitement sera cessé un mois après la disparition complète des papules, après, bien entendu, s'être assuré que les aliments considérés comme nocifs sont bien supportés. On donnera de petites quantités de pain, de poisson ou d'œufs pendant les périodes d'administration de la peptone, puis, en dehors d'elles, en augmentant les quantités. Les œufs qui sont les plus nocifs devront être donnés prudemment et seulement sous forme d'entremets ou de crèmes. Enfin, le régime sera maintenu et il y aura lieu de reprendre le traitement à la moindre alerte.

Sur 20 cas suivis pendant trois à dix-huit mois, MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier ont observé les résultats suivants :

Dans 16 cas très bons résultats.

Dans 4 cas les résultats furent moins bons. Dans les semaines qui suivirent le début du traitement les poussées persistèrent, mais atténuées et passagères.

Nous ne possédons qu'une observation nouvelle de prurigo, due à l'obligeance de MM. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier. Elle souligne la nécessité d'un régime strictement suivi pour que la peptonothérapie puisse être efficace. Le nombre de repas fixé n'avait pas été observé dès le début du traitement. L'amélioration ne se produisit que lorsque le nombre des repas fut réduit à trois et que la malade n'absorba rien entre ses repas.

Louise E..., 33 ans

1er *janvier* 1926. — Présente du *prurigo* depuis sa jeunesse, surtout marqué depuis 4 ans.

Mise à peptones associées, pas d'amélioration, le régime étant mal suivi.

Traitement : Régime. Trois repas avec une heure avant peptone associée.

20 *janvier.* — Après cette première série, grosse amélioration.

19 *février* 1926. — A eu deux séries de 10 jours de peptone. N'a pas de nouveaux éléments, mais conserve du prurit.

3 *mars* 1926. — Encore quelques éléments au niveau des bras. On continue le traitement.

21 *avril* 1926. — Le prurigo est disparu, il ne reste actuellement que des lésions de grattage.

Résultat excellent.

ERYTHROSE POST-PRANDIALE

L'action de la peptone dans l'érythrose post-prandiale est efficace, comme l'ont montré les recherches de MM. Pasteur Vallery-Radot et Fatou. L'effet est assez rapide. En quelques jours, généralement, les rougeurs diminuent ou disparaissent ; et avec elles l'impression de pesanteur épigastrique et les bouffées de chaleur qui accompagnaient souvent la digestion. Le traitement a pu, en général, être suspendu rapidement, au bout de une à trois semaines. La peptonothérapie devra être reprise si les rougeurs apparaissaient à nouveau.

Sur les quatre cas que nous relatons, la guérison a été absolue dans trois cas. Pour le dernier, l'érythrose ne se manifeste plus qu'après un repas particulièrement copieux. Dans un des cas, la constipation a cédé, en même temps que l'érythrose s'atténuait. Dans ce même cas (observ. n° 1) la guérison a été obtenue en huit jours. Dans les autres en quinze jours à trois semaines. Nous avons suivi ces malades avec M. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier.

Observation personnelle I. — Mlle Jeanne C..., 26 ans. sténo-dactylo.

Fin juillet 1925. — Vient consulter pour *érythrose post-prandiale*. Depuis un an environ, présente 1/2 heure après chaque repas une rougeur de la face, surtout marquée au niveau des pommettes.

S'accompagne de sensation de bouffées de chaleur, de pesanteur de la région épigastrique, parfois de migraines.

Les rougeurs sont si marquées que cette jeune fille ne dîne plus lorsqu'elle doit sortir le soir.

Rapport très net avec l'abondance de l'alimentation.

Traitement : Sulfate de soude à petites doses le matin à jeun. Sulfate de strychnine après le repas. Régime.

6 *août* 1925. — Pas d'amélioration, les migraines sont moins fréquentes.

Régime. Trois repas, viandes grillées, légumes, pâtes.

Peptones associées, une heure avant toute alimentation.

Fin août 1925. — Dès les premiers jours de traitement, l'amélioration a été notable. Au bout de 8 jours, toute rougeur avait disparu. Les digestions sont « faciles ». La constipation qui était habituelle chez cette malade a également cédé.

Mai 1926. — Malgré le retour à un régime normal, les accidents n'ont pas réapparu.

Résultat excellent.

Observation II. — Gaston K..., dessinateur, 23 ans.

6 *décembre* 1925. — Vient consulter pour *érythrose post-prandiale*. Depuis 6 mois, présente après chaque repas des rougeurs de la face. Pas de maladie antérieure. Pas de cause nette ; survient même après une alimentation légère. Aucun antécédent personnel ni familial.

Traitement : Peptones associées, une heure avant chaque repas.

17 *décembre*. — Amélioration nette, rougeurs diminuées et plus localisées.

23 *décembre*. — Suppression de l'érythrose.
Résultat excellent.

Observation personnelle III. — Mme E..., 20 ans

10 *octobre* 1925. — Cette malade présente de l'*érythrose post-prandiale*. Est extrêmement nerveuse, instable.

10 *novembre* 1925. — A pris des peptones associées depuis sa dernière visite.
Très bon effet sur l'érythrose.

1er *février* 1926. — A cessé la peptone depuis 6 semaines. L'érythrose a disparu.
Résultat excellent.

Observation personnelle IV. — Mme Lucie L..., 24 ans, comptable.

16 *octobre* 1925. — Se plaint de *rougeurs de la face* apparaissant une à deux heures après le repas. Rougeur peu accentuée, localisée aux joues. A remarqué son apparition, surtout après avoir mangé du poisson.
Aurait eu de l'urticaire étant enfant. Mère présentait des crises de migraine.

Traitement : Sulfate de soude tous les matins. Peptones associées avant les repas.

1er *novembre*. — Amélioration, mais persistance de rougeurs après un repas copieux.
Le traitement est continué avec périodes de repos de 8 jours.

15 *décembre*. — Le traitement est supprimé depuis un mois. Plus de rougeurs, sauf après un repas abondant, ou quand la malade mange du poisson.
Amélioration.

MIGRAINES

Les rapports de certaines crises de migraines et de l'anaphylaxie étaient soupçonnés depuis longtemps, sans être étayés sur des preuves certaines, lorsque, en 1919, MM. Pagniez, Pasteur Vallery-Radot et Nast montrèrent le bénéfice que l'on pouvait obtenir dans certaines migraines par l'absorption avant les repas d'un cachet de peptone. Les résultats du traitement semblaient démontrer l'origine anaphylactique de la crise.

Ultérieurement, cette origine était prouvée par des constatations cliniques et biologiques : association de migraines à l'urticaire, à l'asthme, au rhume des foins, à l'eczéma ;

migraines liées à l'ingestion d'un aliment déterminé ou à l'inhalation d'une odeur.

On constata qu'une crise colloïdoclasique pouvait précéder de semblables migraines. Van Leeuwen et Zeydner ont trouvé dans le sang des migraineux une substance, qui agit comme la pilocarpine, en provoquant la contraction des muscles lisses de l'intestin, et cette substance se retrouve dans le sang des urticariens et des asthmatiques.

Quelques résultats de cuti-réactions furent positifs chez des migraineux. Ramirez en publia 3, Harkavy 2.

M. Pasteur Vallery-Radot, dans son Rapport sur la pathogénie des migraines en 1925, attribua la crise de migraine à un angiospasme déterminé par une excitation du sympathique; le fonctionnement de celui-ci pouvant être altéré par l'intermédiaire d'une crise colloïdoclasique.

Dans la migraine, l'action de la peptone est parfois durable, d'autres fois seulement passagère.

Depuis les études des auteurs que nous avons cités et la thèse de Nast, de nombreuses observations ont été publiées. Nous en donnerons cinq. Trois des malades ayant été guéris, les deux autres très améliorés. Nous avons suivi ces malades avec MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier.

Observation I. — Mme C..., 39 ans

10 *déc.* 1924. — Céphalée ayant débuté à 17 ans, survenant tous les 15 jours, début progressif sans horaire fixe. Est obligée de s'aliter. La *crise migraineuse* peut durer de 1 à 3 jours s'accompagnant souvent de nausées, de vomissements, de troubles de la vue.

Depuis quinze jours, céphalée sans rémission à siège frontal, exagérée par la pression, par la flexion de la tête.

Antécédents. — A présenté des vertiges, depuis quelques mois cryesthésie nocturne et dyspnée d'effort. Une poussée d'urticaire au cours d'une première grossesse. Six grossesses dont trois terminées par fausse couche. Pas de spécificité.

Pourcentage leucocytaire :

Polysneutrophiles	62
Eosinophiles	0,5
Mononucléaires grands et moyens.	2
Lymphocytes	35,5

Traitement. — Peptones associées.

26 *janvier* 1925. — N'a eu qu'une fois mal à la tête le 13 décembre, entre temps état parfait.

20 *février* 1925. — Suit régulièrement son traitement. N'a pas eu une seule migraine alors qu'en avait trois et plus par mois.

6 *mars* 1225. — A eu une crise le 4 mars, très violente avec vomissements, ne dure cependant qu'un jour ; n'a pris aucun médicament.

13 *janvier* 1926. — N'a pas eu de migraine depuis le mois de mars, souffre un peu de la tête au moment des règles. A ce moment prend de la peptone, ce qui la soulage.

31 *mars* 1926. — A fait une grande crise les 20, 21, 22 mars. Depuis plusieurs mois ne prenait de peptone que les quelques jours précédant ses règles.

Bon résultat.

Observation II. — Mme V. de C.

6 *mai* 1924. — Depuis 3 ou 4 ans présente tous les dix jours environ des crises de *migraine* vraie. Vomissements, photophobie, céphalée atroce. Un traitement institué il y a deux mois a déjà produit un résultat : la malade a pris pendant dix jours de la peptone, puis pendant dix jours de l'adrénaline. Les dix derniers jours des extraits glandulaires.

Au cours du traitement, la migraine disparaît, mais il persiste de la céphalée.

15 *novembre* 1924. — Les migraines disparues pendant six mois sont revenues mais moins intenses, calmées maintenant par des analgésiques. Chaque fois que la malade reprend de la peptone, les migraines cèdent.

19 *janvier* 1925. — Depuis un mois, céphalée constante. Troubles digestifs, selles blanches. Reprise du traitement.

5 *novembre* 1925. — Trois crises de migraine depuis six semaines. Dix jours peptones associées. Six jours sulfate de magnésie et Panbiline.

1er *février* 1926. — Très bon résultat, seulement une crise il y a huit jours, peu forte.

Observation III. — Mlle de S.

Octobre 1925. — A des *migraines* depuis l'âge de 7 ans. En présente actuellement tous les jours. Violents maux de tête le matin au réveil, pas d'autre manifestation anaphylactique. Asthmatiques et urticariens dans la famille.

Traitement. — Ferments lactiques. Adrénaline, extrait ovaire et thyroïde.

Bons résultats.

21 *novembre.* — Réapparition des crises.

On donne Luminal et Peptone.

Semble avoir peu d'action.

16 *février* 1926. — Peptone trois fois par jour régulièrement. Bon résultat. N'a plus que quelques maux de tête.

Observation IV. — M. S..., 45 ans.

5 *mai* 1925. — *Migraine* depuis trois ans sans cause, survient tous les sept jours en fin de semaine. Début à 5 heures du soir. Dure 2 jours. Céphalée intense, inappétence.

Traitement. — Peptones associées. Adrénaline. On supprime : chocolat, cacao, vin, conserves, charcuterie, les sauces.

8 *juin.* — Très bon résultat, n'a eu qu'une crise il y a quinze jours et n'avait pas pris de peptone ce jour-là.

5 *octobre.* — Depuis le 8 juin, trois crises fortes. La dernière il y a deux jours. Entre ces crises, bon état. Crises bien moins fréquentes.

Observation V. — M... Charles, 47 ans.

10 *février* 1926. — Ce malade consulte pour des *migraines* durant depuis 1915. Il a à cette époque présenté pour la première fois du rhume des foins. Depuis, chaque année ce rhume réapparaît de mai à juillet. Les crises sont intenses, avec éternuements, larmoiement, coryza. Depuis les deux dernières années, au rhume des foins sont venues s'ajouter des migraines durant toute l'année avec amélioration passagère. Céphalée souvent violente. Pas d'autre accident anaphylactique. Pas d'antécédents.

Traitement. — Peptones associées 10 jours sur 20.

3 *mars* 1926. — Très rapidement, les migraines ont disparu. Elles ne se reproduisent pas. Il serait intéressant de savoir si la peptonothérapie aura un résultat favorable sur le rhume des foins.

Bon résultat.

TROUBLES DIGESTIFS

MM. Widal, Abrami et Iancovesco ont montré que bien des phénomènes d'ordre digestif, rapportés communément à des troubles de la motricité ou de la réflectivité gastrique, relèvent en réalité du choc protéique et sont sous la dépendance d'une insuffisance protéopéxique du foie. Ces troubles sont très heureusement influencés par la peptonothérapie préprandiale.

Nous avons vu, dans un cas d'érythrose post-prandiale, améliorée par la peptone, que les troubles digestifs que présentait cette malade avaient disparu, et que, selon son expression, ses digestions étaient devenues « faciles ».

Dans bien des cas, les *digestions pénibles*, lentes, dues à une insuffisance protéopexique du foie ou à des troubles anaphylactiques, ont été améliorées par la peptone.

Il en est de même des *somnolences* survenant pendant la période digestive. D'après M. Et. May, la somnolence, conséquence d'un état anaphylactique, n'a rien de surprenant, les bâillements ont été fréquemment signalés au cours des accidents de choc. Quelquefois même, celui-ci est suivi d'une narcolepsie véritable. Enfin, l'injection de peptone chez les chiens entraîne une narcose prolongée.

M. Et. May a publié une observation de crises de sommeil d'origine anaphylactique. Il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, présentant depuis 1920 des migraines rapidement violentes. Celles-ci cédèrent à la peptone. En 1922, est apparue une difficulté du réveil matinal, qui s'est accentuée en novembre. Il lui devint impossible de se réveiller le matin, dormant jusqu'à midi ou une heure. Le soir, elle n'éprouvait pas de somnolence particulière.

Mise à la peptone, ces troubles disparurent et recommencèrent dès qu'on cessa le traitement, au bout de quinze jours.

Elles cédèrent à une reprise du traitement.

La *diarrhée*, qui fait partie des grands accidents de l'anaphylaxie expérimentale, se rencontre parfois chez des sujets sensibilisés, soit seule, soit associée à d'autres manifestations anaphylactiques. Elle est souvent favorablement influencée par la peptone.

Enfin, il faut faire une place aux *colites chroniques d'origine anaphylactique*. MM. Paul Le Noir, Charles Richet fils, Renard et Barreau, d'une part, Charles Richet fils et Mathieu de Fossey, de l'autre, en ont publié des observations intéressantes.

Il s'agit de malades se plaignant de phénomènes dyspeptiques ou intestinaux chroniques, d'apparence banale. Mais un examen approfondi montre que ce sont les mêmes aliments qui produisent ces troubles et que leur suppression entraîne la disparition des accidents. Hutinel, Lesné et Barbier avaient d'ailleurs signalé ces faits chez l'enfant après absorption d'œufs.

Dans un premier cas, l'absorption de viande crue ou de lait cru pendant trois ou quatre jours entraînait des coliques avec alternatives de diarrhée et de constipation, expulsion de glaire et de sang, amaigrissement tel qu'on a pensé un instant à un néoplasme.

Dans un second, l'absorption de légumes, et en particulier de haricots verts, provoquaient les accidents.

Chez ces deux malades, on se contenta de supprimer les aliments nocifs.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une malade, sensibilisée surtout au poisson. La peptonothérapie amena la guérison.

ASTHMES D'ORIGINE DIGESTIVE

Dans certains cas, assez rares, les crises d'asthme sont nettement d'origine digestive; elles sont alors améliorées par la peptone *per os*. Cependant, il semble bien que cette action de la peptone ne se prolonge pas, et que les crises d'asthme réapparaissent.

Nous ne possédons qu'une observation d'asthme ainsi traité; le malade n'ayant pu être suivi assez longtemps, il nous est impossible d'affirmer que l'amélioration a été durable.

OBSERVATION PERSONNELLE

M. T..., employé de bureau, 25 ans.

6 *nov.* 1925. — Ce malade présente depuis deux ans des crises d'asthme, survenant vers 2 heures du matin, extrêmement violentes, elles durent deux à trois heures. Après la crise, expectoration classique. A l'auscultation, signes de bronchite pendant les vingt-quatre heures qui suivent les accès.

Ces crises sont plus fréquentes au printemps et à l'automne, plus fréquentes à la campagne.

A l'examen, on ne trouve pas d'épine irritative. Fonctionnement gastro-intestinal particulièrement défectueux.

Traitement. — Régime, laxatifs, peptones associées. Le malade quitte Paris, peu de jours après notre examen, pour aller à Toulouse.

Dans une lettre datée fin décembre, il dit être beaucoup mieux et n'avoir présenté qu'une crise peu violente.

En résumé, nous voyons quel vaste champ de travail l'anaphylaxie digestive a déjà ouvert au praticien.

C'est une méthode heureuse que celle qui permet, dans un grand nombre de cas, d'obtenir les résultats les meilleurs, et cela d'une façon simple, sans faire courir de risque au sujet.

Dans bien des cas, les insuccès ont été dus à une mauvaise administration de la peptone, ou à la non-observation d'un régime. Ces règles sont d'une importance telle que nous les résumerons encore une fois :

1° *Nécessité de régler le nombre des repas, qui devront être pris à heure fixe.*

2° *Interdiction de prendre aucun aliment entre ces repas.*

3° *Absorption de* 0 *gr.* 50 *de peptone, une heure exactement avant le repas.*

Si l'on prescrit une peptone bivalente, donner deux cachets contenant chaque : 20 ctgr. de peptone de viande
15 ctgr. de peptone de poisson

Il y a intérêt à employer une peptone polyvalente comprenant : peptones de viande 0 gr. 15, *peptones de poisson* 0 gr. 10, *extraits de lait et d'œufs,* de chaque un centigramme, pour un comprimé. On donnera deux comprimés chez l'adulte. Ces doses seront diminuées de moitié chez l'enfant.

Les autres modalités du traitement sont purement individuelles. Certains malades bénéficient de l'absorption indéfinie de peptone. Chez d'autres, les meilleurs résultats sont obtenus par la cure discontinue. Enfin, chez certains malades, il faudra associer à la peptonothérapie l'opothérapie, ou donner du bicarbonate de soude avant les repas; chez certains autres, des modificateurs du système sympathique.

TRAITEMENT DE L'ANAPHYLAXIE RESPIRATOIRE PAR LA PEPTONOTHÉRAPIE *(Voie Intradermique)*

Nous avons vu que la possibilité d'accidents anaphylactiques d'origine respiratoire avait été démontrée par MM. Widal, Abrami, Joltrain, Lermoyez et Brissaud.

Cette étape est assez importante dans l'étude de l'anaphylaxie respiratoire pour que nous résumions l'observation en cause. Il s'agissait d'un malade de 51 ans, marchand de moutons. Depuis l'âge de 12 ans, il était en contact journalier avec ces animaux, sans en éprouver aucun malaise, lorsqu'à 47 ans, étant de passage à Marseille, il fut pris brusquement, au marché aux moutons, de sa première crise d'asthme. Elle dura deux heures et fut très violente. Les accès devinrent fréquents, empêchant le malade d'exercer sa profession. Mis en contact, à l'hôpital Cochin, avec des moutons, on pu suivre les phases de sa crise. L'étude du sang faite de quart d'heure en quart d'heure révéla l'apparition d'une crise hémoclasique, puis l'asthme éclata avec une brutalité extrême.

Aux accidents de l'anaphylaxie respiratoire, on a opposé des traitements nombreux.

Deux méthodes sont ici encore en présence, *la désensibilisation spécifique* employée efficacement quand la substance nocive est connue, la *désensibilisation non spécifique*, qui a donné des résultats dans les cas où l'on ne connaît pas la substance sensibilisante, ou bien encore dans les cas où plusieurs substances sont en cause.

***

DESENSIBILISATION SPECIFIQUE

Cette méthode fut particulièrement employée en Amérique contre le rhume des foins. Walker expose ainsi sa technique : Parmi les pollens nocifs, on choisit ceux qui donnent la cuti-réaction la plus forte. On fait des dilutions variées avec ces pollens et l'on pratique des cuti-réactions, s'arrêtant au taux de dilution qui donne une cuti-réaction positive.

On fait le traitement préventivement, avant la période du rhume des foins. On commence par une injection sous-cutanée de 1/10e de cmc. de la dilution immédiatement inférieure à celle qui donne une cuti-réaction positive; puis, on augmente la dose chaque semaine, et on ne passe à la dilution supérieure que lorsque l'organisme a supporté sans inconvénient 1 cmc. plein de la solution précédente. Il faut faire les injections une ou deux fois par semaine, jusqu'à ce que la cuti-réaction soit négative, même avec une solution concentrée.

Ces injections peuvent donner des accidents. Aussi MM. Pasteur Vallery-Radot et Haguenau cherchèrent-ils une autre voie de désensibilisation que la voie sous-cutanée. Ils constatèrent que les cuti-réactions faites avec l'agent sensibilisateur pouvaient souvent provoquer, outre une réaction locale, une crise hémoclasique, et même une réaction générale. Ils proposèrent donc la désensibilisation par la voie cutanée qui, en provoquant des petits chocs répétés, parvient dans certains cas, à supprimer l'état anaphylactique.

Ces essais furent pratiqués chez un malade atteint d'asthme d'origine équine. Les cuti-réactions au poil de cheval déterminaient un large érythème centré par une papule d'urticaire et provoquaient une crise hémoclasique et parfois une crise d'asthme. Du 6 mars au 8 mai 1921, on pratiqua tous les jours une cuti-réaction avec du poil de cheval stérilisé. Ces cuti-réactions, positives d'abord, devinrent négatives. Les premières cuti-réactions entraînaient un état de mal asthmatique. Les crises finalement s'espacèrent et diminuèrent d'intensité. En juin, elles avaient complètement disparu.

Ce malade anaphylactisé depuis 19 ans était désensibilisé.

Ce procédé fut fréquemment utilisé avec succès. MM. Widal, Abrami et Joltrain l'employèrent dans un cas d'asthme provoqué par les émanations du lapin et du lièvre.

MM. Trabaud et Charpentier dans un asthme d'origine ovine, M. Spillmann en dermatologie.

Nous avons dit les inconvénients de la désensibilisation spécifique quand chez le même malade plusieurs protéines

sont en cause, et son impossibilité si la substance nocive ne peut être déterminée. Aussi fallait-il chercher, pour l'anaphylaxie respiratoire comme pour l'anaphylaxie digestive, une méthode qui pût s'appliquer à tous les cas!

Les travaux de M. Widal et de ses collaborateurs ont montré que diverses substances injectées à un sujet sensibilisé agissaient en déterminant un choc colloïdo-clasique, choc qui laisse à sa suite une incapacité temporaire de l'organisme à réagir aux protéines sensibilisantes; après des chocs répétés, l'état du sujet anaphylactisé finit par être modifié. (Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier et P. Giroud. *Presse Médicale* n° 100, 16 déc. 1925.)

***

DESENSIBILISATION NON SPECIFIQUE

Les *cristalloïdes* furent employés :

MM. Sicard et Paraf utilisèrent le carbonate de soude. M. Ravaut, l'hyposulfite de soude. M. Feuillé, le calomel.

Le bicarbonate de soude, le chlorure de sodium, le chlorure de calcium, et bien d'autres sels furent encore utilisés, le plus souvent par voie intraveineuse.

Les résultats furent inconstants.

Diverses *substances albuminoïdiques* furent proposées.

MM. Widal, Abrami et Et. Brissaud tentèrent la désensibilisation en réinjectant au malade sensibilisé son propre sérum dans la veine. Ils montrèrent l'action antichoc de cette injection d'autosérum.

C'est la première fois que l'on tentait scientifiquement chez l'homme la désensibilisation.

L'*autohémothérapie* employée d'abord par M. Ravaut puis par MM. Sicard, Louste, Thibaut et Barbier donne souvent de bons résultats. On pratique d'ordinaire tous les deux jours une injection intramusculaire de 5 à 20 cmc. de sang, pris dans la veine du pli du coude du malade. On fait 10 à 20 injections.

L'*autosérothérapie* employée par MM. Achard et Flandin donna parfois des résultats heureux.

La *peptonothérapie par voie buccale* fut tentée. La peptone administrée par voie buccale peut donner une crise hé-

moclasique « en miniature », comme l'ont montré MM. Widal, Abrami, Pagniez, Pasteur Vallery-Radot. Aussi fut-elle essayée par ces deux derniers auteurs dans quelques cas d'*asthme*, même d'origine respiratoire. Les résultats sont inconstants, souvent peu satisfaisants.

MM. Pasteur Vallery-Radot, Haguenau et Watelet essayèrent encore la peptone par voie buccale dans le *coryza spasmodique*. Ils apportaient en avril 1921 un cas de coryza spasmodique guéri par la peptone per os.

Cette malade, atteinte de coryza spasmodique depuis 10 ans, et présentant ses crises jusqu'à trois fois par jour, avait en vain essayé les traitements les plus divers. L'ingestion de peptone amena la suppression des crises, puis la désensibilisation.

Portman rapporte ensuite d'autres cas améliorés ou guéris par la peptonothérapie par *voie buccale*.

Cependant, dans l'anaphylaxie d'origine respiratoire, la peptone administrée par voie buccale n'a, le plus souvent, qu'une action transitoire.

On a proposé d'injecter la peptone par voie intraveineuse. Mais souvent, immédiatement après l'injection, et parfois au cours de celle-ci, surviennent des phénomènes de choc extrêmement graves, parfois même mortels, qui doivent faire de cette médication une méthode d'exception.

Les voies sous-cutanées et intramusculaires moins dangereuses sont quelquefois efficaces.

MM. Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier pensèrent à utiliser la voie intradermique. Leur but était le suivant :

Provoquer une réaction locale avec une substance active, mais non nocive pour les tissus. Cette réaction devait être intense sans être violente; elle devait être passagère; enfin elle devait s'accompagner d'une crise colloïdoclasique qui pertubât l'état humoral, sans provoquer aucun symptôme clinique. (Pasteur Vallery-Radot, Pierre Blamoutier et Paul Giroud. *Presse Médicale* N° 100, 16 déc. 1925).

Ces auteurs proposèrent les injections intradermiques de peptone à 50 %. Ils ont rapporté les résultats de cette technique par les injections intradermiques de peptone concentrée à la Société Médicale des Hôpitaux, séance du 6 février 1925, et dans le numéro de la *Presse Médicale* indiqué plus haut.

Nous avons depuis essayé ce traitement dans le service du Docteur Pasteur Vallery-Radot. C'est le résultat des observations suivies avec M. P. Blamoutier que nous rapportons ici :

***

INJECTIONS INTRADERMIQUES DE PEPTONE

TECHNIQUE

Pour la préparation des solutions, on peut employer soit la peptone de Witte, soit la peptone de Chassaing.

Celle-ci résulte de la digestion de viande de bœuf fraîche par la pepsine de porc en milieu acidulé par l'acide chlorhydrique.

Ces peptones sont solubles dans l'eau distillée.

On dissout 50 grammes de peptone dans Q. S. d'eau distillée pour obtenir un volume total de 100 cmc.

1 cmc de la solution contient 0 gr. 50 de peptone. Elle est brun foncé et très visqueuse. On la répartit en ampoules de verre neutre et on stérilise à 110°.

Cette solution est dix fois plus concentrée que celle employée habituellement pour les injections sous-cutanées, dont le titre est de 5 %.

Il est indispensable d'employer une peptone préparée selon ce procédé, si l'on veut obtenir des résultats constants, et réduire au minimum les risques d'incidents. On a opposé à cette préparation l'impossibilité d'obtenir une solution de peptone aussi concentrée. Ces reproches ne sont pas fondés, la dissolution est parfaitement possible, à condition de suivre la technique suivante, et d'employer une peptone de bonne qualité.

Mettre 50 gr. de peptone de Witte ou de Chassaing en contact avec Eau QS, pour faire 100 cmc. Comme il y a une certaine absorption de l'eau, au bout d'une heure environ, ajouter un peu d'eau pour rétablir 100 cmc. Il se forme alors une véritable bouillie. Agiter avec une baguette de verre, et laisser 48 heures à la température du laboratoire, tout en agitant de temps à autre, et en ajoutant de l'eau pour rétablir 100 cmc. Au bout de 24 ou 48 heures, toute la peptone est dissoute, et il ne reste qu'une quantité infime d'indissous. Filtrer sur papier ordinaire. La filtration est longue et demande plusieurs heures.

Pour activer la dissolution, on peut mettre la préparation au bain-marie.

Il est préférable de faire l'injection intradermique au niveau de la région deltoïdienne, alternativement à droite et à gauche. Chez les femmes, il vaut mieux la faire au niveau de la face externe de la cuisse, dans son tiers supérieur, le siège de l'injection restant brunâtre plus ou moins longtemps. A la cuisse, il faudra éviter les nombreuses veinules superficielles parfois dilatées et variqueuses.

On se servira d'une seringue de 1 cmc., allongée et soigneusement graduée. L'aiguille doit être courte, fine, à biseau long, bien effilée. Il est préférable de se servir d'une aiguille de nickel qui ne rouille pas.

Après stérilisation des instruments et asepsie cutanée, l'aiguille étant montée sur le corps de la seringue, on vide directement le contenu de l'ampoule dans la seringue, le liquide étant trop visqueux pour être aspiré.

Puis le piston étant monté et la seringue purgée d'air, on tend entre le pouce et l'index de la main gauche les téguments au-dessus et au-dessous du point où l'on veut faire pénétrer l'aiguille. Il est indispensable de tendre la peau et non de la pincer, si l'on veut que l'injection soit rigoureusement intradermique.

Il ne reste plus qu'à enfoncer l'aiguille, placée parallèlement à la peau, de 2 à 3 millimètres dans l'épaisseur du derme, de façon à ce que le biseau soit complètement engagé. Quelques mouvements de vrille facilitent l'opération.

On pousse alors la quantité voulue de la solution : de 1 à 3 dixièmes de cmc.

Sous l'épiderme apparaît une saillie blanche à centre brunâtre, plus ou moins importante suivant la quantité de liquide injecté et le grain de la peau du sujet.

L'aiguille est retirée brusquement et l'on désinfecte à l'alcool.

La piqûre est plus douloureuse qu'une injection sous-cutanée, le derme ne se laissant pas distendre, mais étant dilacéré. C'est là, d'ailleurs, une sensation passagère donnant l'impression d'une brûlure localisée, ou d'une piqûre par un gros moustique.

Peu après l'injection on voit la papule se modifier. Elle augmente de largeur, atteignant les dimensions d'une pièce de 1 à 2 francs, parfois encore plus étendue. Elle pousse de véritables pseudopodes qui lui donnent un contour irrégulier. Toutes ces saillies sont entourées d'une zone érythémateuse.

A la douleur du début fait suite, pendant une heure, une sensation d'engourdissement qui diminue peu à peu, à mesure que le placard d'aspect ortié et la zone érythémateuse s'estompent.

Il ne persiste plus au bout de 24 heures qu'une petite nodosité rougeâtre légèrement saillante sous le doigt. Celle-ci va disparaître progressivement et en une semaine environ, les téguments ont repris leur aspect normal.

Parfois subsiste, au niveau d'une piqûre, une zone pigmentée des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Cette pigmentation s'atténue assez lentement, c'est pourquoi il est préférable chez la femme de faire les piqûres intradermiques à la cuisse.

Ce n'est que très rarement que la zone papuleuse prend un aspect phlycténulaire. La phlyctène en crevant laisse une ulcération; celle-ci, une fois cicatrisée, il reste une tache pigmentée assez tenace. Ces incidents ne s'observent guère que quand l'injection n'est pas poussée en plein derme, mais sous l'épiderme.

Assez rarement, la réaction locale est modifiée dans son aspect. C'est le cas du malade de l'observation n° 2 : asthme, chez qui, après chaque piqûre, apparaissait une phlyctène entourée d'une zone purpurique.

Dans leur communication à la Société médicale des Hôpitaux, MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier signalent que chez les urticariens on peut voir autour des injections intradermiques se développer des placards urticariens prurigineux fugaces.

Rarement, la réaction locale peut être considérable comme étendue, et même forcer à suspendre momentanément les intra-dermoréactions ou à diminuer la quantité de peptone injectée. (Obs. n° 3 : coryza).

Ce sont là les seuls incidents que l'on peut observer ; il n'y a jamais d'accident vrai, ni de réaction à distance.

Il s'agit donc là d'un mode de traitement facile et sans danger, à la portée de tous les praticiens sachant faire correctement les injections intradermiques.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Quelle que soit l'affection en cause, il est nécessaire de faire une vingtaine d'injections intradermiques.

La dose de début est de 1/10 de cmc. Si la réaction locale n'a pas été trop intense, on injectera dès le lendemain 2/10 de cmc. Les jours suivants, on passera à 3/10 de cmc., dose maxima.

L'intensité de la réaction permet parfois de porter un pronostic. Il semble que les malades qui retirent le plus de bénéfice du traitement sont ceux qui ont de fortes réactions locales.

Autant que possible, le traitement sera continué sans interruption jusqu'à la 20e piqûre. Il sera toujours *préférable de diminuer les doses plutôt que de cesser*. Assez fréquemment, MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier ont observé des réactions locales intenses entre la 8e et la 10e injection, avec quelquefois réveil des réactions précédentes, comme si le sujet se sensibilisait à la peptone. (Voir obs. n° 3 : coryza spasmodique). Dans ce cas, il n'y a qu'à appliquer des compresses humides et à revenir à des doses inférieures, quitte à reprendre dans la suite les doses de 3/10 de cmc.

Nous insisterons encore sur la nécessité qu'il y a à pratiquer ces injections *strictement intradermiques*. Si elles sont faites sous-cutanées ou sous-épidermiques, on ne doit en attendre aucun résultat. Enfin, dans ce dernier cas, il se produit, comme nous l'avons vu, presqu'infailliblement une escharre.

MODE D'ACTION DU TRAITEMENT

Pour que la réaction locale déterminée par l'injection intradermique de peptone pût avoir une action d'ordre général, il fallait qu'elle déterminât une perturbation humorale. Etant donné que les anaphylactiques ont une instabilité colloïdo-plasmatique, comme l'a montré M. Widal, il était possible que le choc local provoqué par l'injection intradermique déterminât une crise colloïdoclasique.

C'est ce que MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier ont recherché. Sur 13 de leurs malades, ils ont pu sept fois montrer l'existence d'une crise hémoclasique apparaissant immédiatement après l'injection et au maximum une heure et demie après. Chez deux de leurs malades la tension artérielle prise au Vaquez tomba de 14 à 11 1/2.

On n'observe pas de modification clinique. C'est une *crise silencieuse.*

De même que les malades ayant une forte réaction locale voient le plus vite leur état s'améliorer, ceux qui présentent une crise hémoclasique sont également les plus heureusement modifiés.

Les injections intradermiques réalisent donc une forte réaction locale et un faible choc colloïdoclasique. On a là une procédé de désensibilisation non spécifique déterminant déterminant des petits chocs colloïdoclasiques répétés. Ces chocs laissent après eux une incapacité temporaire de l'organisme à réagir aux substances sensibilisantes et finissent par modifier l'état anaphylactique du sujet.

L'action générale de la peptone administrée par voie intradermique est encore démontrée par l'existence de ces réactions plus vives que nous avons décrites survenant entre les 8e et 12e piqûres, et la possiblité du réveil d'une réaction au niveau d'une injection faite les jours précédents.

Les injections intradermiques ont l'avantage sur les injections intraveineuses de peptone de ne pas s'accompagner d'accidents graves. Sur les injections sous-cutanées ou intramusculaires d'être plus constantes dans leurs effets.

L'état anaphylactique du sujet est modifié pour un temps plus ou moins long. Nous voyons dans l'observation n° 2, coryza, que les crises cessent pendant le traitement pour reprendre dès que la série est finie. Par contre, la malade qui fait l'objet de l'observation n° 1, asthme, n'a pas représenté de crise depuis que son traitement est fini.

Il est nécessaire souvent de refaire des séries d'injections intradermiques, tous les trois mois environ.

RÉSULTATS DE LA PEPTONOTHÉRAPIE PAR VOIE INTRADERMIQUE

1° ASTHME

Avant cette thèse, MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier ont déjà traité par la peptone en injections intradermiques (I. D.) 30 asthmatiques.

Sur ces 30 malades, 19 ont été nettement améliorés ; quelques-uns ont même été débarrassés de leurs crises.

6 n'ont eu qu'une légère amélioration.

5 n'ont pas éprouvé de bénéfice du traitement.

Les malades qui n'ont pas été améliorés avaient des lésions bronchiques ou parenchymateuses nettes.

Nous avons suivi avec ces auteurs 14 asthmatiques assez longtemps pour que l'on puisse conclure de l'efficacité du traitement.

Sur ces 14 cas, 9 sont extrêmement améliorés.

2 ont des résultats assez bons.

3 n'ont pas été modifiés par les piqûres intradermiques

Observation I. — Mme R..., 24 ans

6 *août* 1925. — Cette malade vient consulter pour des crises d'*asthme*.

Dans sa deuxième enfance, de 7 ans à 14 ans, a fait tous les trois mois des poussées de bronchite durant huit jours, ceci jusqu'à 14 ans. Deux ans plus tard, est apparu du *coryza spasmodique*, éternuements avec larmoiement et hydrorrhée le matin. Les crises devenant de plus en plus fréquentes, pour être quotidiennes, mais de peu de durée.

Il y a *six mois* apparition de crises d'*asthme*, dont certaines assez violentes. Trois ont duré huit jours. Actuellement, l'asthme survient presque toutes les nuits.

Pas d'autre accident anaphylactique. Mère migraineuse.

Traitement. — Peptone en injections intradermiques (I. D.).

On fait à cette malade vingt injections intradermiques de peptone : une chaque jour, du 6 août 1925 au 27 août 1925. Les 6 et 7 août, 2/10 de cmc. A partir du 8 août, 3/10 de cmc.

Dès les premiers jours, les crises d'asthme cèdent. Après la onzième piqûre, on note quelques sifflements bronchiques qui disparaissent en 48 heures.

11 *septembre* 1925. — Pendant les trois jours qui ont suivi la dernière I. D. pas d'asthme. Depuis le 2 septembre, tous les matins vers trois heures, un peu d'oppression, pas de grande

crise ; jugulée par fumigation, précédée par des éternuements et de l'hydrorrhée. Rien dans la journée.

25 *septembre*. — Reprise des I. D. A en ce moment un peu de bronchite, quelques sifflements. On fait une nouvelle série de 20 piqûres journalières du 25 septembre au 15 octobre.

Très rapidement, l'oppression disparaît. Les signes de bronchite s'atténuent.

23 *novembre* 1925. — Va très bien. N'a pas eu de crise.

20 *janvier* 1926. — Depuis six mois, n'a pas eu de crise d'asthme. Il y a deux mois, a eu deux nuits de suite un peu d'oppression.

Chez cette malade, le traitement a été particulièrement favorable, puisque six mois après la fin du premier traitement, aucune crise d'asthme n'était réapparue.

Le 25 septembre 1925, nous avons repris le traitement par I. D., l'apparition d'un peu d'oppression nocturne après une phase d'éternuement et d'hydrorrhée, faisant pressentir le retour des crises. Ces manifestations cèdent dès les premières injections.

Observation II. — M. J... Alfred, 26 ans

Le 28 octobre 1925, ce malade vient consulter pour des crises d'*asthme*.

Dans les antécédents, on relève en 1921 une pleurésie gauche évacuée par ponction.

Depuis 1923, crises d'oppression la nuit. Depuis un mois, crises d'asthme tous les deux jours, durant une demi-heure, se terminant par l'expectoration habituelle.

Pas d'autre accident anaphylactique. Ne s'est pas fait soigner.

Examen. — Diminution de la respiration à la base gauche.

Traitement. — On fait à ce malade une série de 20 injections intradermiques, du 29 octobre au 17 novembre. On injecte les deux premiers jours 1/10 de cmc. Le troisime, 2/10. Dès le quatrième jour, on peut atteindre 3/10 de cmc.

Le 1er novembre, quatrième jour du traitement, le malade ne présente plus qu'un peu d'oppression. Il n'a pas eu de crise vraie.

12 *novembre* 1925. — 15e I. D. Depuis trois à quatre jours, on observe après chaque piqûre une assez forte réaction locale qui s'intensifie ce jour. Zone centrale phlycténulaire et zone périphérique purpurique.

17 *novembre* 1925. — Depuis la fin du traitement, n'a plus présenté de crise.

Février 1926. — Ce malade, depuis la fin de son traitement, n'a plus présenté de crise d'asthme. Il s'agit d'ailleurs d'un asthme jeune où l'on peut espérer une désensibilisation prolongée.

Observation III. — D... Léontine, 40 ans,

Novembre 1925. — Vient consulter pour crises d'*asthme*. Etant jeune et jusqu'à 10 ans, était vite oppressée après la marche ou les jeux. A 37 ans (1923) fortes crises d'asthme en décembre et janvier. Crises violentes durant de 1 heure à 5 heures du matin, calmées par l'évatmine. Les crises se répètent toutes les nuits et surviennent parfois le jour.

En mars et avril 1924, les crises recommencent.

— Au début de 1925, petites crises toutes les nuits.

— En avril 1925, forte crise qui dure 12 heures.

— Réapparition de l'asthme en novembre.

Antécédents et examens. — Négatifs.

Traitement. — Injections intradermiques de peptone, du 10 au 30 novembre. En six jours, on peut atteindre la dose maxima, soit 3/10 de cmc.

Le 16 novembre, la malade présente encore des crises, mais beaucoup plus courtes.

Le 20 novembre, dix jours après le début du traitement, tous les symptômes s'amendent, les crises d'asthme ont cessé.

12 *mars* 1926. — La malade revient après trois mois, déclare aller très bien et n'avoir jamais passé un hiver aussi bien.

17 *avril* 1926. — Les crises d'asthme ont réapparu. A l'examen, respiration rude, quelques sibillants. On reprend les injections intradermiques de peptone à cette date.

26 *avril* 1926. — 8 I. D. ont déjà été faites. La dose atteinte est de 3/10 de cmc. Depuis la veille, ne présente plus d'asthme.

7 *mai* 1926. — On cesse le traitement. 20 I. D. ont été faites avec succès, les crises ne se sont pas renouvelées.

Observation IV. — Mlle E..., Ernestine, couturière, 23 ans,

31 *octobre* 1925. — Les crises d'*asthme* ont débuté, il y a trois ans, survenant à ce moment avant les règles. Progressivement plus fréquentes. Depuis trois semaines, *crises chaque nuit*. Commencent vers 4 heures du matin et durent quelques heures.

Antécédents. — Pas d'urticaire, d'eczéma, de rhume des foins.

Père et grand'mère maternelle étaient asthmatiques.

Six frères et sœurs bien portants.

Examen : Pas de signe pulmonaire. Radio négative.

Traitement. — Peptone en I. D. On fait une série de 20 piqûres. Une tous les jours.

31 *octobre* 1925. — I. D. 2/10 cmc. Grosse réaction locale. Placard érythémato-papuleux.

1er *novembre.* — I. D. 3/10 cmc. N'a pas eu de crise depuis la veille.

2 *novembre*. — I. D. 3/10 cmc. L'amélioration persiste.

On continue les intra-dermo tous les jours aux mêmes doses.

17 *novembre*. — I. D. 3/10. A eu la veille petite crise très courte.

20 *novembre*. — Après 20 I. D., va très bien. Les crises ont cessé. On revoit la malade le 18 décembre. N'a pas eu de crise.

3 *janvier* 1926. — Va toujours bien. Cependant, éprouve au moment des règles, vers 4 heures du matin, des petites crises d'oppression nécessitant l'absorption de sirop calmant.

Au niveau de 12 des anciennes I. D., on observe de petites cicatrices pigmentées.

Traitement. — Reprise des I. D. 1/10. On fait neuf I. D. jusqu'au 19 janvier 1926. L'asthme disparaît. On suspend les piqûres, les réactions locales étant un peu fortes.

Observation V. — M. H..., 20 ans

10 *octobre* 1925. — Ce malade présente des crises d'*asthme* depuis le mois de *mars* 1925. Pas d'antécédent personnel, sauf une pneumonie grippale en janvier de cette année.

Son état nasopharyngé étant vraisemblablement en cause, s'est fait opérer au mois de mai 1925. Ablation des amygdales, de végétations pharyngées, et du cornet droit. Cette opération l'a nettement amélioré; à l'heure actuelle, n'a plus d'asthme, mais un peu d'oppression. Avant l'intervention, les crises survenaient toutes les semaines durant parfois deux à trois jours.

Aucun traitement n'est ordonné.

10 *janvier* 1926. — Il y a trois semaines, M. H... a présenté une grande crise d'asthme. Il y a cinq jours, nouvelle crise pendant deux heures, terminée par une expectoration blanchâtre. Il a maintenant de l'oppression.

L'examen du système respiratoire est négatif. On relève dans les antécédents une grand'mère paternelle asthmatique, une sœur migraineuse.

Traitement. — On fait à ce malade, du 10 au 30 janvier 1926, 20 injections de peptone intradermiques.

Dès le début du traitement, l'oppression cède ; dès la 8e injection, ne présente plus de crise.

15 *février* 1926. — Le malade n'a pas eu de crise nouvelle. Il se sent très bien.

Mai 1926. — L'amélioration première persiste.

Observation VI. — M. X..., 7 ans 1/2.

18 *février* 1926. — Cet enfant a eu, il y a trois ans, ses premières poussées de *strophulus*, et depuis en a presque toujours. Ses poussées sont précédées de *coryza*, de *troubles du caractère*, de

fétidité des selles. Ces manifestations permettent à la mère de prévoir le retour du strophulus.

Enfin, depuis *huit jours*, le petit malade est pris toutes les nuits de crises d'*asthme* durant une heure environ. Le strophulus subsiste.

Antécédents. — Mère migraineuse.

Traitement. — Etant donné la dualité des accidents, on donne:

Par voie buccale : Peptones associées.

Peptones en injections. *I. D.* du 18 février au 12 mai. 20 injections sont faites.

Les crises *d'asthme* disparaissent dès la cinquième piqûre. La série de piqûres se termine sans incident.

Le *strophulus* subsiste.

Le résultat est encore excellent chez ce malade.

Cet enfant qui habitait la province présentait deux ordres d'accidents.

1° Des manifestations d'anaphylaxie digestive : le *strophulus*, précédé d'une phase de troubles digestifs, selles fétides, et de coryza. Des troubles du caractère étaient également observés.

2° Un accident d'anaphylaxie respiratoire, l'*asthme*.

D'où les deux thérapeutiques employées.

L'asthme céda rapidement aux injections intradermiques.

Il n'y eut aucune amélioration pour le strophulus. Le traitement et le régime étaient les mêmes que ceux que nous avons déjà indiqués à ce chapitre. Il est fort possible que le régime n'ait pas été rigoureusement appliqué, les règles d'alimentation semblant souvent trop strictes.

Sur ces six premiers cas d'asthme, la guérison a été absolue. L'asthme n'a pas réapparu.

Observation VII. — Lucie C..., restaurateur, 33 ans,

20 *novembre* 1925. — Vient consulter pour crises *d'asthme*. A toujours été bien portante, jusqu'en 1921. Depuis cette époque, bronchites tous les hivers, sans paroxysme dyspnéique. En 1924, premières crises d'asthme, devenues quotidiennes depuis deux mois. Surviennent la nuit, se terminant par une expectoration perlée. Pas d'autre traitement que des cigarettes antiasthmatiques. Pas d'autre accident anaphylactique. Bien réglée. Père asthmatique.

Examen. — Signes de bronchite, ronchus.

Traitement. — On fait à cette malade, 20 injections intradermiques de peptone, du 20 novembre au 10 décembre. Dès le troisième jour, on peut injecter 3/10 de cmc. Les crises persistent mais moins intenses. Elles disparaissent le 20 novembre. Cependant, il présente un peu d'oppression la nuit et des quintes de toux.

10 *décembre* 1925. — On cesse la série des piqûres et on donne contre l'oppression et la toux de l'éther.

27 *janvier* 1926. — L'éther a eu peu d'effet sur les crises d'oppression ; on a cessé cette thérapeutique au début de janvier. Les crises se sont amendées depuis.

15 *février* 1926. — Depuis le 1er février, présente chaque nuit des quintes de toux sans crise d'étouffement. On reprend une série d'*I. D.* 20 injections vont être faites du 15 février au 8 mars 1926.

3 *mars.* — 13e I. D. La malade se réveille une fois la nuit vers 4 heures, chaque jour. Toux spasmodique et oppression légère pendant une demi-heure. Une radio pratiquée est négative, le sommet droit cependant semble s'éclairer un peu moins. A l'examen rhinoscopique, le cornet inférieur droit est hypertrophié et sa queue tombe dans le pharynx (pommade adrénalinée).

24 *mars.* — Bon état général. Un peu d'oppression la nuit avec quelques quintes de toux sans asthme. Celle-ci peut être expliquée par l'irritation du pharynx par des mucosités nasales.

En somme, bon sésultat.

Observation VIII. — M. W..., 29 ans, représentant,

3 *août* 1925. — Ce malade a de *l'asthme* depuis l'âge de 8 ans, ses crises sont depuis devenues de plus en plus violentes et particulièrement depuis *quatre mois.*

N'a pas eu d'asthme pendant la guerre. N'en a pas à Paris, mais à Lagny.

Les crises sont typiques avec expectoration terminale. Pas de maximum de l'asthme au printemps, mais présente de temps à autre des crises de *coryza spasmodique.*

Traitement. — Teinture de belladone, à prendre en gouttes.

On commence une série de Peptone en I. D. 21 injections sont faites du 3 août au 24 août.

Du 3 au 14 août. — On atteint en quelques jours 3/10 de cmc. Réactions locales peu vives. A encore quelques sifflements. Fait des fumigations la nuit, ce qui l'améliore partiellement.

18 *août* 1925. — 15e I. D. Moins de sifflements.

19 *août* 1925. — 16e I. D. Le coryza est presque disparu, le malade se sent mieux.

24 *août* 1925. — 21e et dernière injection. M. W... va bien, n'a plus d'asthme ni de dyspnée. Un peu d'essoufflement dû probablement à de l'emphysème.

9 *septembre* 1925. — Dans l'ensemble, le mieux persiste. Respire mieux la nuit. A parfois un peu d'oppression le jour.

28 *septembre* 1925. — Le malade a à nouveau présenté quelques crises d'asthme depuis 8 à 10 jours.

20 *octobre*. — On reprend les I. D. Une nouvelle série de 20 injections est faite du 20 octobre au 9 décembre.

Réaction locale assez vive dès les premiers jours, qui s'atténue par la suite.

28 *octobre*. — Va bien ; n'a pas de crise.

7 *novembre*. — La 20e I. D. est faite. M. W... va très bien. Les crises ont cédé.

11 *décembre* 1925. — Est enrhumé. Une petite crise d'oppression il y a quatre jours, pendant 2 heures, calmée par des fumigations.

Présente de temps à autre un peu d'essoufflement. Dans l'ensemble, va très bien. Avant les I. D. avait une crise toutes les nuits. Maintenant, une tous les 40 jours environ.

Bien que les crises d'asthme n'aient pas disparu complètement, et cette persistance est peut-être due à l'existence d'emphysème pulmonaire, l'amélioration a été considérable. Au cours des injections I. D., les réactions locales ont été vives et l'asthme a cédé complètement.

Observation IX. — Mlle Y..., femme de chambre, 28 ans,

16 *novembre* 1925. — A eu sa première crise de dyspnée nocturne à 20 ans. A été réveillée vers 1 heure par une oppression qui a duré quelques minutes. A eu à cette époque une série de crises à intervalles très variables. Parfois ayant plusieurs crises dans la nuit, puis restant plusieurs semaines sans en avoir.

A 21 ans, opérée pour appendicite, anesthésie chloroformique. Trois semaines après l'opération, présente une vraie crise d'*asthme*, dyspnée, soif d'air, terminée par une expectoration blanchâtre. Cette crise va se renouveler toutes les trois semaines, souvent précédée pendant deux jours de *coryza* avec larmoiement, hydrorrhée.

On opère alors la malade pour végétations. L'asthme semble amélioré, mais, après un bain pris dans une piscine, se produit une poussée d'*urticaire*.

Celle-ci réapparaîtra suivant l'alimentation : poisson, chocolat, gibier, prise d'aspirine, et parfois sous l'influence d'une émotion.

A remarqué qu'en mai son coryza augmente. Peut-être fait-elle à cette époque du *rhume des foins*?

Il y a un an et demi, l'asthme s'est atténué, mais le coryza a augmenté d'intensité et devient réellement spasmodique. Il apparaît tous les jours.

On pratique une injection d'autosang : l'urticaire et le coryza disparaissent mais l'asthme reprend plus intense, toutes les nuits,

parfois même après les repas, surtout lorsqu'ils comprennent des artichauts, du pain ou du chocolat. Un séjour au Mont-Dore a été sans action.

Traitement. — On fait une série de *Peptone en I. D.* 2/10 de cmc puis 3/10 sont injectés chaque jour, pendant 20 jours, du 16 novembre au 6 décembre. Dès la deuxième semaine, la malade passe quatre nuits sans crise, un peu d'oppression à la fin de la journée.

3e *semaine.* — Reste trois nuits sans crise alors qu'avant le début du traitement elle avait de l'asthme chaque nuit. Les règles apparaissent sans provoquer de symptômes : elles étaient précédées de crises intenses avant les injections de peptone.

6 *décembre* 1925. — A eu de l'urticaire la nuit dernière. On arrête la série de piqûres.

15 *décembre.* — Toutes les nuits ont été bonnes depuis la fin du traitement. Un peu de dyspnée le soir. N'a plus d'urticaire. Se sent mieux, a repris 3 kilos.

14 *janvier* 1926. — A eu des crises rares et légères ; un peu de bronchite fin décembre pendant laquelle les crises ont été plus fortes.

Actuellement, depuis le 6 janvier 1926, crises très légères toutes les nuits.

La malade se sent cependant très améliorée.

24 *février.* — La malade continue à avoir des crises toutes les nuits, mais très légères. Va faire de la radiothérapie. Une série de peptone intradermique sera reprise ultérieurement.

Cette malade présente des manifestations anaphylactiques multiples. Du coryza précédent l'apparition des crises d'asthme. Après amélioration de celui-ci, apparaît de l'urticaire. Après hémothérapie, l'urticaire et le coryza cèdent, l'asthme qui s'était atténué reprend avec violence. Les crises répétées et prolongées entraînent un amaigrissement considérable; aussi, bien que les crises aient repris très faibles d'ailleurs, deux mois après la fin du traitement, on peut considérer ce cas comme favorable, l'état général s'étant amélioré.

Nous voyons dans ces derniers cas que, si la guérison absolue n'a pas été obtenue, le résultat n'en est pas moins des plus satisfaisants, puisque dans un cas il ne persiste qu'un peu d'oppression; dans l'autre, les crises ne reviennent plus qu'à intervalles très éloignés; dans le dernier, l'intensité en est très diminuée.

Observation X. — L..., 29 ans, cuisinier

31 *août* 1925. — Ce malade présente de l'*asthme* depuis l'âge de 10 ans, les crises surviennent presque tous les jours jusqu'à 14 ans.

Entre 14 et 20 ans, il s'agit plutôt de crises d'oppression que d'asthme véritable. Pendant ses quatre ans et demi de service militaire, n'a pas eu de crise.

De 24 à 29 ans, 2 grandes crises et de temps à autre des petites.

Depuis 15 *jours*, une crise tous les jours pendant 2 à 4 heures.

Il semble que ses crises le prennent surtout quand il a été occupé dans sa cuisine, il en aurait plus rarement les jours de repos.

Traitement. — Peptone en *I. D.* 20 injections sont faites du 31 août 1925 au 19 septembre, en commençant par 2/10 de cmc. Le 31 août et le 1er septembre on fait 2/10 de cmc de peptone en injections intradermiques. Le 2 et le 3 septembre, 3/10 de cmc ; se sent mieux. Du 3 au 7 septembre, rien à signaler. Du 8 au 11 septembre, dort bien, quelques petites crises. Du 12 au 20, son état reste stationnaire. Les piqûres ont été cessées hier.

3 *octobre* 1925. — N'a plus de grande crise. Dyspnée la nuit.

5 *novembre* 1925. — Accentuation de l'oppression, mais sans vraie crise d'asthme.

Amélioration dans l'ensemble. N'a pas été revu.

Observation XI. — Mme B..., 35 ans.

6 *mars* 1926. — A eu sa première crise à 19 ans. L'*asthme* a réapparu ensuite tous les ans durant 1 à 2 jours. En 1917, après une grippe, les crises se sont reproduites pendant 3 mois. Actuellement la malade en a trois à quatre par semaine et n'est soulagée que par l'évatmine.

Les crises fortes s'accompagnent de larmoiements, d'éternuements, et d'écoulement nasal abondant. Elles commencent la nuit, mais durent parfois 2 à 3 jours. Tous les traitements sont restés sans action, cependant la section des os du nez, pratiquée à Berlin par le Dr Lautenschlager, amena la rétrocession des crises pendant deux ans. Lorsqu'elles réapparurent, l'hydrorrhée nasale qui les précédait était beaucoup moins abondante.

La malade a présenté également un peu de *coryza spasmodique* et aurait eu une fois de l'*urticaire*.

On lui a fait de la radiothérapie pulmonaire : sans action.

Traitement. — On fait à cette malade 20 injections intradermiques de peptone.

La série commencée le 6 mars 1926 est terminé le 26 mars. La piqûres sont bien supportées, entraînant une réaction locale intense mais transitoire.

Dès la 5e injection, les crises d'asthme cèdent, on atteint la dose de 3/10 de cmc.

Dès la 15e piqûre, apparition de quintes de toux, s'accompagnant d'angoisse et durant parfois 10 ou 12 heures.

26 *mars* 1926. — La série de peptone est terminée, les quintes de toux persistent et n'ont pas tendance à diminuer.

Peu d'amélioration.

Ces deux derniers malades n'ont retiré que peu de bénéfice de leur traitement. Chez l'un, observation X, aux crises d'asthme a succédé une oppression assez intense. Chez l'autre, observation XI, après une disparition momentanée, l'asthme est remplacé par de la toux spasmodique.

Observation XII. — Mme L..., 34 ans

27 *janvier* 1926. — Mme L... vient consulter pour des crises d'asthme. N'a jamais été malade jusqu'en avril 1925. A ce moment, alors qu'elle habitait la campagne, apparition d'un *coryza spasmodique intense*, éternuements et larmoiement très marqués.

Fin juillet, apparition de crises d'*asthme* survenant la nuit seulement, crises violentes durant 2 à 3 heures. Le jour, le coryza persiste aussi intense. A déjà été traitée sans résultat.

— 20 injections de vaccin Cépède.

— 12 injections de paratoxine.

— 3 autohémothérapie.

Le tout sans résultat.

Examen. — Aucun signe pulmonaire. Radio négative.

Traitement. — On fait 20 injections de peptone I. D. en commençant par 1/10 pour continuer à 3/10. La série commencée le termine le 15 février 1926. Aucune modification des crises d'asthme, mais *le coryza cède dès les premières piqûres.*

20 *février* 1926. — On donne du gardenal pendant 15 jours. Une seule crise.

5 *mars* 1926. — Inhalations d'éther. Légère amélioration de la toux, crises rares.

15 *mars* 1926. — Les crises étant peu modifiées, on a envoyé la malade à Saint-Antoine pour irradiation.

Amélioration par la radiothérapie, puis disparition des crises.

30 *mars* 1926. — Reprise du coryza, moins intense qu'autrefois. Les crises d'asthme n'ont pas réapparu.

Ici pas d'action des injections intradermiques sur l'asthme.

Observation XIII. — A.., Angèle, 29 ans.

26 *octobre* 1925. — Mlle A... a toujours été enrhumée depuis son enfance. L'*asthme* a débuté, il y a cinq ans, après une pneumonie. Crises d'abord peu intenses et irrégulières, puis se rapprochant pour devenir quotidiennes.

A cette date, crises toutes les nuits.

Antécédents. — Père et mère asthmatiques. Présente, de plus, du *coryza*, éternue « toute la journée », un peu d'hydrorrhée et de larmoiement.

Traitement. — On commence chez cette malade une série d'injections de peptone intradermique. Du 26 octobre 1925 au 14 novembre, 20 injections sont faites.

Du 26 au 29 octobre, on injecte 2/10 de cmc.

A partir du 29 octobre 3/10 ; à cette date, la malade a un peu moins de dyspnée.

7 *novembre* 1925. — Son état est resté stationnaire. Les crises nocturnes continuent.

15 *novembre* 1925. — Après 20 intradermoréactions on ne constate que peu d'amélioration.

14 *décembre* 1925. — Les crises d'asthme se reproduisent chaque nuit, les fumigations les calment momentanément. A l'examen : Bronchite généralisée.

Pas d'action des I. D. sur l'asthme.

15 *décembre* 1925. — On prescrit des inhalations.

22 *décembre* 1925. — Pas d'amélioration.

8 *février* 1926. — Etat stationnaire, la malade a été envoyée à Saint-Antoine pour radiothérapie. Aucun résultat.

Ici pas d'amélioration par les I. D.

Observation XIV. — Mlle L..., 20 ans, employée des Postes.

11 *janvier* 1926. — Cette malade présente depuis six mois des crises d'*asthme*, survenant toutes les nuits vers 3 heures. En aurait depuis l'âge de 14 ans, mais très espacées. Pas d'autre accident anaphylactique.

22 *mars* 1926. — On a fait 10 séances de radiothérapie sans résultat.

29 *mars* 1926. — On commence une série de peptone par voie intradermique du 29 mars au 17 avril 1926.

En trois jours, on passe de 1/10 de cmc à 2/10 de cmc, puis le 4, nous en injectons 3/10 de cmc.

12 *avril* 1926. — La 15e injection est pratiquée. Aucun résultat.

14 *avril* 1926. — Amélioration bruque, les crises cessent, ce résultat concorde avec un changement de chambre de la malade. Des cuti-réactions pratiquées avec de la plume, des laines, du crin provenant de son ancienne literie sont négatives.

17 *avril* 1926. — On cesse les piqûres. 20 injections ont été faites.

29 *avril* 1926. — Les crises ont repris, mais plus rares ; ce résultat n'est d'ailleurs probablement pas dû aux I. D., l'amélioration ayant coïncidé exactement avec l'époque à laquelle la malade a changé de chambre.

Les 3 dernières malades n'ont été nullement améliorées par les injections intradermiques.

Dans l'observation n° 12, les crises d'asthme ont été arrêtées par la radiothérapie. Les injections intradermiques n'ont eu d'effet que sur le coryza.

Dans l'observation n° 13, aucun résultat.

Dans l'obsevration 14, l'asthme a été amélioré par un changement de domicile sans que des cuti-réactions pratiquées aient pu permettre de déterminer les causes de la sensibilisation.

En résumant ces observations, nous voyons que les injections de peptone intradermiques ont souvent un effet des plus nets sur l'évolution des crises d'asthme.

Dès les premières piqûres les crises peuvent cesser ou devenir moins violentes.

Après les premières intradermoréactions, l'asthme ne se manifeste plus parfois que par un peu d'oppression, survenant encore la nuit, mais pouvant céder à une thérapeutique peu active, sirop calmant, fumigation.

Souvent c'est seulement vers le milieu ou à la fin des injections que l'amélioration se manifeste ou même que la cessation des crises se constate.

Le traitement fini, s'il y a suppression des crises, celles-ci ne réapparaissent pas, en général, avant quelques semaines ou quelques mois.

La désensibilisation ainsi obtenue se prolonge parfois beaucoup plus longtemps.

En tous cas, de nouvelles crises d'asthme sont souvent arrêtées dès la reprise d'une seconde série de piqûres.

2° CORYZA SPASMODIQUE

Le coryza spasmodique avec ses manifestations, hydrorrhée souvent très abondante, enchifrènement, éternuements, larmoiement avec injection des conjonctives, est une des manifestations anaphylactiques les plus pénibles à supporter pour les malades.

Nous avons vu comment, en avril 1921, MM. Pasteur

Vallery-Radot, Haguenau et Watelet avaient appliqué à un cas de coryza spasmodique la méthode de skeptophylaxie non spécifique par voie buccale ; comment cet accident avait été classé dans le grand groupe de l'anaphylaxie respiratoire.

La médication non spécifique par injection de peptone intradermique devait donner des résultats dans le coryza spasmodique.

Sur 13 malades atteints de coryza pur observés par MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier, et traités par la peptone intradermique, 11 furent très améliorés, 6 d'entre eux virent même disparaître les diverses manifestations dont ils se plaignaient. 2 n'obtinrent aucun soulagement.

Nous avons pu suivre, dans le service de M. Pasteur Vallery-Radot, 3 cas de coryza spasmodique.

Sur ces 3 cas : 1 de nos malades a vu ses crises disparaître, 2 ont été améliorés.

Observation I. — Mlle C..., 47 ans.

Cette malade présente du coryza spasmodique depuis *vingt ans*, il revient par périodes irrégulières, aussi bien l'hiver que l'été ; plus fréquemment en Amérique qu'en Europe. N'en a pas en Egypte.

La crise dure parfois plusieurs jours, les éternuements persistant 24 heures, l'hydrorrhée se prolongeant. Elle apparaît en général le matin au réveil, débute par une série d'éternuements ; puis le liquide nasal, semblable à de l'eau, est sécrété, en même temps qu'il apparaît du larmoiement du côté gauche seulement. La conjonctive n'est pas injectée.

Rien dans les antécédents. Pas d'autre accident anaphylactique.

6 *avril* 1926. — Injections de peptone intradermique. 20 piqûres faites du 6 au 26 avril 1926. La réaction locale n'est pas très intense; le cinquième jour, on atteint 3/10 de cmc.

Dès les premières piqûres, les symptômes cardinaux s'amendent, le coryza s'atténue progressivement et cède entièrement vers la 15e intradermo-réaction.

26 *mai* 1926. — On suspend le traitement.

15 *mai* 1926. — L'amélioration persiste, depuis un mois la malade ne présente plus de coryza.

Observation II. — Mme A. F...

Janvier 1926. — *Coryza spasmodique* ayant commencé en 1917 à l'époque des foins, la malade ayant 23 ans.

Elle est depuis ce moment sensible aux pollens, fin mai-juin.

Depuis trois ou quatre ans, le coryza est devenu permanent. Elle en a plus à Paris, l'hiver, qu'à la campagne, mais à la période des foins, en a plus à la campagne qu'à Paris.

Aux hautes altitudes, a moins de coryza, restant parfois 6 à 8 jours sans en avoir.

Actuellement, le coryza va en augmentant comme durée.

Les *crises* surviennent le matin au réveil. Le liquide nasal est comme de l'eau. Eternuements, larmoiements, injections des conjonctives, figure rouge et chaude.

La crise du matin dure jusqu'au déjeuner.

L'après-midi, a une crise dès qu'elle sort de chez elle. Au moindre courant d'air, les yeux larmoient, il apparaît du coryza. L'air chaud est aussi bien incriminé que l'air froid.

Parfois les crises durent deux jours.

Comme autre phénomène anaphylactique, parfois de l'eczéma (?) après avoir mangé du poisson.

Pas d'antécédent héréditaire.

Traitements suivis. — Sels de chaux, aspirine qui arrête net la crise. Cautérisations nasales soulagent temporairement.

Cuti-réaction positive au dactyle aggloméré.

Traitement. — On fait à cette malade une série de 20 injections intradermiques de peptone, du 25 janvier au 15 février 1926. Les 25 et 26, 1/10 de cmc de peptone.

Les 27, 28, 29, 2/10 de cmc. Les crises ont cessé dès le 2e jour.

Le 30 janvier, 3/10 de cmc. La malade a eu la veille une crise de coryza assez forte.

15 *février.* — Le traitement est arrêté. Depuis le 29 janvier, la malade n'a pas eu de crise.

10 *mai* 1926. — Le coryza spasmodique est revenu peu de temps après la cessation des piqûres intradermiques, mais moins intense qu'autrefois.

Observation III. — Mme D..., 33 ans.

Coryza spasmodique depuis 11 ans, a débuté brusquement en avril. Dès le début, les crises ont été très fortes. Tous les deux ou trois jours, 30 à 40 éternuements à la suite. Hydrorrhée, larmoiement. Surviennent aussi bien le jour que la nuit.

Migraines depuis longtemps, d'abord légères au moment des règles, puis plus fortes. En a actuellement tous les huit jours. Douleur occipitale, nausées. Photophobie. Est obligée de s'aliter.

Père migraineux. Sa mère a du prurit quand elle prend des cachets analgésiques.

Prurit intranasal quand la malade se poudre.

Cutiréaction au dactyle aggloméré négative.

8 *février* 1926. — Pommade à 1 % d'Optoquine.

11 *février* 1926. — Chaque fois qu'elle utilise sa pommade, la malade a l'impression de chaleur de la face. Son nez coule et elle éternue.

Pas de résultat.

15 *février* 1926. — La pommade cocaïnée n'a également pas donné de résultat. On commence chez cette malade une série d'injections de peptone en I. D.

15 *février* 1926. — 1re injection 1/10 cmc. Réaction dimension d'une pièce de 5 francs, érythème, œdème.

16 *février* 1926. — 2e injection 1/10 cmc. Pas de réaction.

17 *février* 1926. — 3e injection 2/10 cmc. Grosse réaction grandeur d'une paume de main.

18 *février* 1926. — 4e injection 1/10. Pas de réaction.

19 *février* 1926. — 5e injection 2/10. Pas de réaction.
N'a presque plus de coryza.

20 *et* 21 *février*. — 2/10 cmc. Va très bien, les symptômes vont en diminuant.

23 *février*. — 8e injection 3/10. Une forte réaction locale. Reprise du coryza, mais moins fort qu'il y a 8 jours.

24 *février* 1926. — 1/10 cmc. Forte réaction.

25 *et* 26 *février* 1926. — 1/10 cmc. Très fortes réactions.

1er *mars*. — 1/10 cmc. On arrête les I. D., les réactions étant devenues violentes.

3 *mars* 1926. — A présenté du coryza hier. Reprise de la peptone en I. D. 1/10 de cmc.
On continue les jours suivants en faisant 1/10 de cmc.

8 *mars* 1926. — 16e I. D.
Va bien. Aucun trouble, mais violente réaction qui nécessite un nouvel arrêt du traitement.

14 *mars* 1926. — Reprise des injections. 1/10 de cmc.

15 *mars*. — Aprs la piqûre, réaction violente ainsi qu'au niveau de celle de la veille.

18 *mars*. — 19e I. D. Grosses réactions. Salve d'éternuement hier. Amélioration, éternue moins et moins souvent.
Il persiste au niveau des I. D. une zone indurée rouge.

29 *mars* 1926. — A des crises tous les trois jours. Très fortes pendant 15 heures.
Résultat : Dans l'ensemble amélioration légère.

Les trois malades que nous rapportons se plaignaient de longue date de leur coryza. Chez les deux premières, le traitement a eu une action complète dès les premières piqûres, mais dans le deuxième cas, le coryza est revenu presque dès la fin du traitement aussi fréquent qu'autrefois, mais cependant atténué.

La troisième observation est la plus intéressante. Mme D... présentait un coryza intense, avec salves d'éternuements, hydorrhée abondante.

1/10e de centimètre cube de peptone amène une réaction assez vive, qui ne se reproduit pas le lendemain

On passe à 2/10e. Réaction très forte atteignant les dimensions d'une paume de main.

La dose est diminuée le lendemain. Aucune réaction.

On réinjecte ensuite 2/10e de centimètre cube impunément.

Pendant ces premières injections, le coryza s'est atténué.

Au huitième jour, 3/10e de centimètre cube sont injectés. La réaction locale est intense. Dans la soirée, le coryza réapparaît, quoique moins intense qu'avant le début du traitement. L'intensité des réactions locales va obliger à espacer les injections, à diminuer beaucoup la quantité de solution injectée. Cependant, une amélioration assez importante va persister.

Chez cette malade, il y aura intérêt à recommencer un traitement dans quelques mois et peut-être pourra-t-on arriver à un résultat plus favorable.

3° RHUME DES FOINS

Les manifestations cliniques sont identiques à celles du coryza spasmodique. Il s'y ajoute souvent des crises d'asthme. Le rhume des foins est *périodique* au lieu d'être apériodique comme le coryza spasmodique.

Ses manifestations présentent habituellement une violence plus grande que celles du coryza.

Nous ne pourrons pas fournir d'observations nouvelles de rhumes des foins traités par la peptone en injections intradermiques, ayant fait ce travail à un moment où il nous était impossible d'enregistrer de nouveaux cas de cette manifestation saisonnière.

Nous ne pourrons que rapporter les résultats obtenus par MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier.

Sur 57 malades suivis, les cuti-réactions, lorsqu'elles furent pratiquées, furent positives aux pollens de graminées.

42 malades, soit 74 %, furent très améliorés ou virent même leurs symptômes disparaître.

10, soit 17,5 %, eurent un résultat appréciable.

5, soit 8,5 %, ne furent pas améliorés. Mais chez quelques-uns de ces malades, les injections n'ayant pas été faites correctement, les résultats ont pu être faussés.

Parmi les 42 premiers malades, en dehors de ceux qui avaient vu leur rhume disparaître au cours du traitement, quelques-uns ne présentaient plus que de légers troubles : soit un peu d'hydrorrhée ou de larmoiement à la campagne, soit quelques éternuements.

« Certains ont pu se livrer à des occupations qui, l'an dernier à pareille époque, leur étaient interdites ; deux d'entre eux ont même pu couper les foins en plein mois de juin sans présenter aucun symptôme. »

L'amélioration est, en général, obtenue dès les premières piqûres, plus rarement vers la fin du traitement.

Ceux qui ont été traités dès les premières manifestations de leur rhume des foins furent les plus rapidement soulagés.

Comme pour le traitement de l'asthme et du rhume des foins, les séries de piqûres doivent être menées jusqu'à la 20e injection si l'on veut obtenir un résultat durable

4° SYNDROMES INTRIQUÉS

Quelques-uns de nos malades présentaient plusieurs syndromes d'anaphylaxie.

Quand des manifestations d'anaphylaxie respiratoire s'intriquent avec les accidents de l'anaphylaxie digestive, la peptone intradermique agit peu ou pas sur ces derniers.

Témoin l'observation du petit X... (asthme n° 6), chez qui l'asthme disparaît et le strophulus persiste. Chez Mlle Y... (asthme n° 9) il ne semble pas que l'urticaire ait été modifié.

En résumé, les injections de peptone en solution concentrée par voie intradermique s'adressent exclusivement aux manifestations respiratoires de l'anaphylaxie.

Elles donnent surtout de bons résultats dans les cas récents.

Pour être efficace, le traitement doit être poursuivi sans interruption pendant 20 jours, en diminuant seulement les doses si les réactions locales deviennent trop intenses.

Il y aura lieu de recommencer les injections, tous les trois mois environ la première année, si l'on veut que la désensibilisation acquise se maintienne.

S'il y a intrication de symptômes d'anaphylaxie respiratoire avec des phénomènes d'anaphylaxie digestive, il faudra employer concommittamen tla peptone par voie buccale.

CONCLUSIONS

Aux deux grands groupes de manifestations anaphylactiques observées en clinique, les unes d'origine digestive, les autres d'origine respiratoire, on peut opposer deux méthodes de désensibilisation non spécifique.

L'une est la peptonothérapie par voie digestive, la peptone étant administrée en petite quantité pour préparer l'organisme à la digestion des albumines nocives.

L'autre est la peptonothérapie par voie intradermique, produisant une réaction locale qui détermine un choc humoral ; après une série de chocs on peut espérer la désensibilisation.

A) Dans le cas d'*anaphylaxie digestive*, la peptonothérapie par voie digestive sera appliquée.

Il faut, pour que la méthode donne son plein résultat, observer les règles suivantes :

1° Faire prendre 0 gr. 25 à 0 gr 50 de peptone, suivant l'âge, *une heure avant chacun des trois repas.* — Ordonner de préférence une peptone polyvalente, comprenant : peptones de viande et de poisson, extraits de lait et d'œuf.

2° Limiter à trois le nombre des repas qui devront être pris à heure fixe, et recommander au malade de ne rien ingérer entre ces trois repas.

3° Instituer momentanément un régime d'où sont exclus les aliments ayant une action irritante sur la muqueuse digestive, et ne revenir progressivement au régime normal qu'après disparition des accidents depuis plusieurs semaines.

4° Donner la peptone de façon discontinue, en principe 10 jours sur 15 et, après ce repos de 5 jours, reprendre le traitement.

5° Si besoin est, associer à la peptonothérapie l'opothérapie glandulaire ou des modificateurs du système sympathique.

B) Dans les cas d'*anaphylaxie respiratoire*, il faut employer la peptonothérapie par voie intradermique. Pour appliquer la méthode avec chance de succès, on observera les règles suivantes :

1° Utiliser une solution de peptone à 50 %, type peptone de Witte.

2° Pousser l'injection rigoureusement intradermique à la région deltoïdienne ou à la face externe de la cuisse.

3° Augmenter progressivement les doses, en commençant par 1/10e de centimètre cube, et sans dépasser 3/10e.

4° En cas de réaction trop vive, réduire la dose, mais revenir à une dose supérieure dès que la réaction est redevenue normale.

5° Ne pas faire moins de 20 injections, une tous les jours.

6° Faire de nouvelles séries d'injections intradermiques tous les deux ou trois mois.

***

Administrées dans ces conditions, la peptonothérapie par voie buccale, sera un traitement très souvent efficace dans l'anaphylaxie digestive, la peptonothérapie par voie intradermique constituera une cure de désensibilisation active dans nombre de cas d'anaphylaxie respiratoire.

Vu, le Doyen :

ROGER

Vu, le Président de thèse :

WIDAL

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris

LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Anderson et Schloss : Allergy to cow milk in infants, with nutritionel disorders, *Americ. Journal of Children diseases*, nov. 1923.

Besredka : Anaphylaxie et antianaphylaxie. (1917, Paris.)

Besredka et Steinhardt : Anaphylaxie et antianaphylaxie vis-à-vis du sérum de cheval, *Annales Inst. Pasteur*, 1907.

Barbier : Anaphylaxie par le lait de vache chez les nourrissons, *Archives de médecine infantile*, juillet 1910.

Blackley (H.) : Experimental researches on the causes of hay fever, London, 1873.

Broca (R.) : L'asthme de l'enfant, son traitement. (*Thèse*, Paris, 1925).

Bloch (Br.) : A propos de la nature de l'eczéma. *Paris Médical*, 17 mars 1923.

Brouxel (A.) : Médications désensibilisantes et modificatrices de l'état général dans le traitement des dermatoses, *Gaz. méd. de Bretagne*, 15 mars 1926.

Castaigne et Gouraud : Anaphylaxie et intoxication alimentaire *Pr. Méd. Française*, 15 sept. 1910.

Chandler Walker : A clinical study of 400 patients with bronchial asthma (*Boston méd. and surg. jour.*, 29 août 1918 n° 9).

Cordier : L'anaphylaxie alimentaire. (*Jnal de Médecine de Lyon*, 20 février 1920).

Debré (R.) : Les migraines chez l'enfant, *Journal Praticiens*, 24 janv. 1925.

Decourt (J.) : L'asthme, *Concours Médical*, 2 et 9 nov. 1924.

Dentan : Thèse 1926, Paris. Traitement du strophulus chez l'enfant par la peptothérapie prépandiale.

Dingwall Fordyce : Observations on asthma in childhood, *The Lancet*, 27 janv. 1923.

Gautrelet : Explications du mécanisme thérapeutique de la peptone. (*La Médecine*, n° 3, déc. 1923.)

Gautier : Traitement préventif de certaines formes de migraines par la peptone. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, t. XXXIX, n° 12, déc. 1919.)

Guy Laroche, Ch. Richet, Saint-Girons : Anaphylaxie alimentaire lactée. (*Soc. de Biologie*, 28 janv. 1911; *Arch. de Méd. expérimentale et d'An. Path.*, nov. 1911; *Congrès de Méd. de Paris*, 1912 ; *Gazette des Hôpitaux*, 7 déc. 1912.)

Hutinel : Intolérance pour le lait et anaphylaxie chez le nourrisson. (*Clinique*, n° 15, 16 avril 1908.)

Jacquelin et Ch. Richet fils : Reproduction expérimentale des symptômes d'anaphylaxie alimentaire chez l'homme au moyen de la cuti-réaction. (*Soc. de Biologie*, 8 janv. 1921.)

Joltrain E. : Quelques cas d'urticaire traités par l'antianaphylaxie. (*Soc. Méd. Hôpitaux*, 6 juin 1919.)

Joltrain E. : Rôles de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie. (*Bruxelles Médical*, n° 6, 7 déc. 1922.)

Joltrain E. : Nouveaux horizons en médecine. Rôle de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie. Conférence aux journées médicales de Bruxelles, 25 juin 1922.)

Kopaczewskiw : L'antianaphylaxie. (*Annales de Méd.*, t. VIII, n° 4, 1920.)

Langle : Epreuve de l'hémoclasie digestive chez l'enfant. (*Le Nourrisson*, mai 1922.)

Laroche, Ch. Richet et Saint-Girons : Anaphylaxie et immunité alimentaire expérimentale à l'ovalbumine. (*Soc. Biologie*, 11 janvv. 1913). — Anaphylaxie alimentaire aux œufs. (*Arch. de Méd. exp. et d'An. Path.*, janv 1914.)

Lermoyez : Les phénomènes de choc dans le coryza spasmodique. (Thèse Paris, 1922.)

Lesné : Anaphylaxie alimentaire chez l'enfant. (*Clinique*, 1er mai 1914.)

Lesné et Dreyfus L. : L'anaphylaxie alimentaire. (*Jn. Méd. Français*, 1913.)

Lesné et Richet fils : Anaphylaxie alimentaire chez les enfants. (*Pédiatrie*, 25 déc. 1912.)

Lesné et Richet fils : Anaphylaxie alimentaire aux œufs. (*Arch. de Médecine des enfants*, fév. 1913.)

Lesné et Main : Forme grave d'anaphylaxie alimentaire aux lentilles. (*Soc. de Pédiatrie*, 19 juin 1923.)

Lévy-Frankel : Thérapeutique interne des dermatoses. (*La Médecine*, avril 1925.)

Lumière Aug. : Le problème de l'anaphylaxie. (Doin, édit., Paris, 1924.)

Marfan : Intolérance du jeune enfant pour le lait et l'œuf; ses rapports avec un état d'anaphylaxie. (*Affections des voies digestives de la première enfance*, 1 vol., 702 pages. Masson, éd., Paris, 1923.)

May Et. : Un cas de crise de sommeil d'origine anaphylactique. (*Soc. Méd. Hôp.*, 11 mai 1923.)

Nast A. : Traitement de la migraine. (*C. R. du Groupe médico-chirurgical de la 5e région*, 23 fév. 1917, p. 155.)
— *Id.* : La migraine. Peptonothérapie préprandiale. (Thèse, Paris 1921.)

Pagniez Ph. : Conceptions actuelles sur la nature anaphylactique et le traitement de l'asthme. Nouvelles médications. (*Presse Médicale*, 24 janv. 1920, p. 65.)

Pagniez Ph. : L'anaphylaxie alimentaire et ses conséquences diététiques. (*Les problèmes actuels de Diététique*, 1 vol., 184 p., p. 146. Baillière, Paris, 1923.)

Pagniez Ph. et Pasteur Vallery-Radot : Etude physico-pathologique et thérapeutique d'un cas d'urticaire géant, anaphylaxie et antianaphylaxie alimentaire. (*Presse Médicale*, 23 nov. 1916.)

Pagniez Ph. et Pasteur Vallery-Radot : Antianaphylaxie digestive. Traitement de certaines urticaires et dermatoses, p. 436. (*Ann. de Dermatologie et syphiligraphie*, 1920, n° 10.)

Pagniez, Pasteur Vallery-Radot et Hagueneau : Succession de crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine ; étude clinique et biologique. (*Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 14 juillet 1921.)

Pagniez Ph. et A. Nast : Recherche sur la pathogénie de la crise de migraine. (*Presse Méd.*, 28 avril 1920.)

Pagniez, Pasteur Vallery-Radot et A. Nast : Essai d'une thérapeutique préventive de certaines migraines. (*Presse Méd.*, 3 avril 1919.)

Pasteur Vallery-Radot : Rapport sur la pathogénie des migraines (6e réunion neurol., Paris, 1925.)

Pasteur Vallery-Radot et Fatou : La peptonothérapie dans l'érythrose postprandiale. (*Bull. Méd.*, 1922, 27-30 sept.)

Pasteur Vallery-Radot, Hagueneau et Watelet : Origine anaphylactique de certaines crises d'hydrorrhée nasale. Traitement anaphylactique. (*Presse Médicale*, 24 sept. 1921, p. 794.)

Pasteur Vallery-Radot et Haguenau : Asthme d'origine équine ; essai de désensibilisation par des cuti-réactions répétées (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 22 juillet 1921.)

Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier : La cuti-réaction dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins, la migraine, l'urticaire, l'eczéma. (*Presse Méd.*, 25 mars 1925, n° 24.)

Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier et Giraud : Traitement de l'asthme, du coryza spasmodique et du rhume des foins par les injections intradermiques de solution concentrée de peptones. (*Presse Méd.*, 16 déc. 1925.)

Pasteur Vallery-Radot, Haguenau et Dollfus : Les tests pharmaco-dynamiques du tonus vagosympathique et les états anaphylactiques. (*Presse Médicale*, 19 déc. 1923.)

Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier : Traitement du stropholus par la peptonothérapie préprandiale. (*Paris Médical*, 29 avril 1926.)

Péhu M. : Anaphylaxie et antianaphylaxie en médecine infantile. (P. 357, *Paris Médical*, 5 nov. 1921.)

Péhu M. : L'antianaphylaxie. Rapport Ass. des Médecins de langue française. (XV^e^ Congrès Médical, Strasbourg, 5 oct. 1921.)

Péhu et Bertoye : Sur l'anaphylaxie lactée. (P. 1, *Le Lait*, n° 7, 1921.)

Péhu M. : Evolution et traitement de l'urticaire commune de la première enfance. (*La Médecine*, août 1924.)

Péhu et Simitch : L'uricaire commune de la première enfance. (*Le Nourrisson*, n° 1, 1925.)

Portman G. : La méthode anaphylactique dans le traitement du coryza spasmodique. (*Revue de Laryngologie de Bordeaux*, 15 nov. 1922.)

Portier et Ch. Richet : De l'action anaphylactique de certains venins. (*Bull. Soc. de Biologie*, 1902, pages 170,172.)

Ravaut P. : Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. (Congrès des Dermatologistes, Strasbourg, juillet 1923.)

Ravaut P. : Pathogénie et traitement de l'urticaire. (*Pratique Médicale Française*, n° 12, fév. 1925.)

Richet Ch. : De la délimitation de l'anaphylaxie. (*Journal Médical Français*, 1913.)

Richet Ch. : *L'anaphylaxie*. (Alcan, édit., 1914.)

Richet Ch., Paul Lenoir, Renard et Barreau : Etude clinique et biologique de deux cas d'entérocolite et de dyspepsie chez l'adulte, leur nature anaphylactique. (*Bulletin et Mémoires, Soc. Méd. Hôpitaux*, n° 2, 25 janvv. 1924.)

Richet fils et M. de Fossey : Colite chronique de l'adulte de nature anaphylactique. (*Soc. Méd. Hôp.*, 19 janv. 1923.)

Roch et Schiff : Crises asthmatiques par idiosyncrasie à l'égard de la pomme de terre. Choc hémoclasique et cuti-réaction. (*Soc. Méd. Hôp.*, 22 juillet 1921, p. 1.187.)

Smith Th. : Discussion on hypersusceptibility. (*Journal of Amer. méd. Association*, 1906, p. 1010).

Spillmann L. : Sensibilisation et désensibilisation dans les affections cutanées. (2e Congrès Dermatologique, Strasbourg, juillet 1923.)

Trabaud et Charpentier : Asthme d'origine ovine. Désensibilisation par des cuti-réactions répétées. (*Soc. Méd. Hôp.*, 23 mars 1923.)

Van der Veer : The present status of the treatment, of hay fever and asthma. (*Amer. Journ. of medec.*, n° 602, mai 1922.)

Vegas Herrera : La peptone dans le traitement de la migraine. *Gacetta Medica de Caracas*, 1923, p. 299.)

Verdier P. : Du diagnostic de l'anaphylaxie au lait de vache chez les nourrissons. (Thèse, Paris, 1923.)

Weill Hallé B. : L'anaphylaxie lactée. (*Le Nourrisson*, mars 1914.)

Vidal F., Abrami P., Brissaud Et., et Joltrain Ed. : Réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire; la crise hémoclasique initale. (*Bulletin et Mémoires, Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 février 1914.)

Widal, Abrami et Pasteur Vallery-Radot : L'antianaphylaxie étude générale, pathogénie. (Rapport au XVe Congrès de Médecine de Strasbourg, oct. 1921.)

Widal, Abrami et Brissaud : Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdo-clasique. (*Presse Méd.*, 5 mars 1921, p. 181.)

Widal, Abrami et Jancovesco : L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'étude de l'insuffisance hépatique. (*Presse Méd.*, 11 déc. 1920.)

Widal, Lermoyez, Abrami, Brissaud et Joltrain : Les phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'asthme. La crise hémoclasique initiale. (*Presse Médicale*, 11 juillet 1914, n° 55, p. 525.)

Widal, Abrami, Brissaud : Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. Signification de l'hémoclasie. (*Presse Médicale*, 5 avril 1920, n° 19.)

Widal, Abrami, Brissaud, Joltrain : Les variations de l'indice réfractométrique du sérum au cours des crises hémoclasiques. (*Soc. de Biologie*, p. 260, 4 juillet 1914.)

Wodehouse : Préparation of vegetable food proteins for anaphylactic tests. (*Boston med. and surg., Journ.*, 10 août 1916, n° 6.)